

Информация о пациенте**Новая Форма Регистрации Молодежи**

Юридический Фамилия _____

Юридический Имя _____

Инициал отчества _____

Предпочитаемое имя _____

Дата рождения _____

Предоставьте свою идентификационную карту сотруднику регистратуры

Физический Адрес _____

Почтовый адрес (если отличается от физического) _____

Город _____

Штат _____

Индекс _____

Город _____

Штат _____

Индекс _____

 Мой лечащий врач в СНС Мой стоматолог в СНС**Контактная информация пациента**Домашний телефон Мобильный телефон _____

Альтернативный телефон _____

Адрес электронной почты _____

Предпочтительный контактный номер: _____

 Домашний телефон Дневной телефонЯ даю разрешение для подробного сообщение на выбранный мною номер телефона Да НетКак вы хотите получать напоминания о приёмах? Электронная почта Телефонный звонок СМС Голосовая почта

Имя контакта для экстренной связи _____

Кем вам приходится контактное лицо _____

Телефонный номер _____

Дополнительные демографические данные пациента (UDS)Вы работаете в сельском хозяйстве? Да НетДля сельскохозяйственных рабочих? Да Нет

Проходили ли вы службу в Вооруженных силах США, в армии или официальных государственных структурах? Примеры: ВВС, Армия, Береговая охрана, Морская пехота, Военно-морской флот, Космические силы США, Национальная гвардия, Резерв, Служба общественного здравоохранения США (PHS), Национальное управление океанических и морских исследований (NOAA).

 Да Нет

Какую аптеку вы предпочитаете? (Название и адрес аптеки): _____

Информация о главной страховке**Предоставьте свою страховую карту сотруднику регистратуры****С кем бы вы хотели поделиться вашей общей медицинской/стоматологической информацией?**

Имя/Фамилия: _____

Кем вам относится: _____

Номер телефона: _____

Имя/Фамилия: _____

Кем вам относится: _____

Номер телефона: _____

Имя/Фамилия: _____

Кем вам относится: _____

Номер телефона: _____

К общей информации относится время и даты приемов, а также данные о том, что вы являетесь пациентом Community Health Care. К ней НЕ относятся причины приема, результаты анализов или обследований, а также подробная информация о лечении.*Разрешение, согласие и указание услуг**

Подписываясь, я даю согласие на амбулаторное лечение в рамках Community Health Care многопрофильной командой врачей. Возможные виды обслуживания: Оценка, Диагностика, Консультация и лечение для Медицинских, Психиатрических, Поведенческих и/или Стоматологических услуг. Эти услуги могут быть предоставлены в одной из наших клиник или через телемедицинскую систему, используя оборудование для видеоконференций. Я даю разрешение выплачивать мои страховые пособия непосредственно в Community Health Care и понимаю, что несу финансовую ответственность за все не покрываемые страховкой услуги. Я даю согласие на разглашение информации о лечении/консультациях по вопросам медицинского, психиатрического, поведенческого и/или стоматологического обслуживания с целью оплаты или оказания медицинской помощи. Я осознаю, что Community Health Care выставит мне и/или моей страховой компании счет за консультации по вопросам медицинской, стоматологической, психиатрической, психологической и наркологической помощи, которые проводятся с личным присутствием, посредством видео- и голосовой связи или только голосовой связи. Это разрешение и назначение являются постоянными и останутся в моём документе и будут использоваться для будущих претензий. Я могу отменить его в любое время путем письменного уведомления. Я подтверждаю, что получил копию Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности для Community Health Care.

Подпись: _____

Дата: _____

Напечатанное Имя: _____

Отношение к пациенту: _____

Только для офисного использования:

Initials _____

Информация об ответственной стороне

Юридический Фамилия _____

Юридический Имя _____

Инициал отчества _____

Предпочитаемое имя _____

Дата рождения _____

Предоставьте свою идентификационную карту сотруднику регистратуры

Секс: Мужской Женский

Физический Адрес _____

Почтовый адрес (если отличается от физического) _____

Город _____

Штат _____

Индекс _____

Город _____

Штат _____

Индекс _____

Контактная информация ответственной стороны

Домашний телефон _____

Дневной телефон _____

Адрес электронной почты* _____

Вы нуждаетесь в помощи переводчика? Да Нет

Основной язык _____

Мой лечащий врач в СНГ

Мой стоматолог в СНГ

Контактная информация ответственной стороны

Предпочтительный контактный номер: Домашний телефон Дневной телефон

Я даю разрешение для подробного сообщения на выбранный мною номер телефона Да Нет

Как вы хотите получать напоминания о приёмах? Электронная почта Телефонный звонок СМС Голосовая почта

Имя контакта для экстренной связи _____

Кем вам приходится контактное лицо _____

Телефонный номер _____

Дополнительные демографические данные ответственной стороны (UDS)

Вы работаете в сельском хозяйстве? Да Нет Для сельскохозяйственных рабочих? Да Нет

К какой национальности вы себя относите? Кубинцы Чикано Мексиканцы

Американцы мексиканского происхождения

Пуэрториканцы

Другого испаноязычного, латиноамериканского или испанского происхождения

Не латиноамериканское, латиноамериканское или испанское происхождение Предпочитаю не отвечать

Какой расой вы себя считаете? Американский Индеец/коренной житель Аляски

Индейцы

Чёрный/Афроамериканец

Китайцы

Филиппинцы

Гуамцы или чаморро

Гавайский уроженец

Японцы

Корейцы

Другие азиаты

Другой житель Тихоокеанских Островов

Самоанцы

вьетнамский Белый

Белый

Предпочитаю не отвечать

Проходили ли вы службу в Вооруженных силах США, в армии или официальных государственных структурах? Примеры: ВВС, Армия, Береговая охрана, Морская пехота, Военно-морской флот, Космические силы США, Национальная гвардия, Резерв, Служба общественного здравоохранения США (PHS), Национальное управление океанических и морских исследований (NOAA).

Да

Нет

Подпись: _____

Дата: _____

Напечатанное Имя: _____

Отношение к пациенту: _____