

Юридический Фамилия

Юридический Имя

Инициал отчества

Предпочитаемое имя

Дата рождения

Предоставьте свою идентификационную карту сотруднику регистратурыСекс: Мужской Женский

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 почтыПредпочтительный 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 Нет Для сельскохозяйственных рабочих? Да НетК 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 отвечатьКакой 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

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

Вторая аптека (Название и адрес аптеки): _____

Как вы узнали о нас? Департамент здравоохранения округа Такома/Пирс Программа обмена игл Сотрудник СНС Госпиталь—какой? _____ Специалист по работе с населением Пациент СНС Другой: _____

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: _____

Только для офисного использования:

Initials _____