

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Дата: ____ / ____ / ____

Фамилия: _____ Имя: _____ Дата рожд.: _____

Домашний адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Код города: _____

SSN #: _____ - _____ - _____ Пол: ____ Мужской (М) ____ Женский (Ж)

Телефон #: () _____ Сотовый тел. #:() _____

Email: _____

Семейное положение: __ Неженатый __ Женатый(замужем) __ Разведенный(ая) __ Одинокий(ая) __ Вдовец(вдова)

Расовая принадл: __ Амер. Индеец __ Азиат __ Афроамер __ Гаваец __ Белый

Этническая принадлежность: __ Испанск __ Не испанск. __ Неизвестно

Имя работодателя: _____ Должность: _____

Участковый (семейный) лечащий врач: _____

Имя Ответственного лица: (Если возраст пациента менее 18 лет)

Фамилия: _____ Имя: _____ Отношение к пациенту: _____

Телефон #: () _____ Дата рожд. ответственного лица: _____

Домашний адрес (если отличается от указанного выше): _____

Город: _____ Штат: _____ Код города: _____

Основная Страховка: (полная информация должна быть предоставлена пациентом отв. лицу для возможности обращения в страховую компанию за компенсацией, если применимо в данном случае.)

Название страховой компании: _____

ID#: _____ Group/Policy #: _____

Имя владельца страховки: _____ Дата рождения: _____

Отношение к пациенту: _____ SSN #: _____ - _____ - _____

НМО участковый (семейный) лечащий врач (если применимо в данном случае): _____

Дополнительная Страховка: (полная информация должна быть предоставлена пациентом отв. лицу для возможности обращения в страховую компанию за компенсацией, если применимо в данном случае.)

Название страховой компании: _____

ID#: _____ Group/Policy #: _____

Имя владельца страховки: _____ Дата рождения: _____

Отношение к пациенту: _____ SSN #: _____ - _____ - _____

Подтверждение получения информации об условиях медицинского обслуживания

Я понимаю, что в рамках предоставления мне медицинских услуг, данный медицинский офис осуществляет письменную медицинскую информацию, касающуюся состояния моего здоровья, симптомов, результатов медицинского обследования, лечения, диагностики, а также любых предполагаемых видов моего лечения. Я подтверждаю, что мне предоставлено полное содержание Уведомления о Конфиденциальности Медицинской Информации, а также мне объяснено его значение. Я понимаю, что вышеприведенная информация может быть использована для:

- проведения, планирования и поддержания моего лечения до последующего перехода в другие медицинские учреждения
- в случае необходимости, для получения оплаты за услуги от 3-х сторон
- Для предоставления положенных медицинских услуг, таких как определение качества услуг и проверка врачебных сертификатов

Я понимаю, что имею право запросить в письменной форме конфиденциальную информацию (оплата, лечение и другие медицинские операции) для моего личного пользования, или потребовать запретить ее дальнейшее распространение. Я также понимаю, что Ассоциация Arlington Dermatology (AD) оставляет за собой право не согласиться с моими требованиями о запрете распространения медицинских сведений обо мне, указанных в письменной форме. В случае согласия AD с запретом, указанным мною в письменной форме, Ассоциация действует в соответствии с моими требованиями.

Разрешение на контакты

В случае, если AD необходимо связаться с Вами (пациентом) для назначения врачебного приема (апоинтмента), сообщения результатов лабораторных анализов, лекарств, или по другой причине, позволяю.

Укажите, что позволено:

_____ Разговаривать только с пациентом

_____ Оставить устное сообщение на автоответчике

_____ Разговаривать с супругом(супругой); Имя: _____

_____ Разговаривать с другими членами семьи; Имя: _____

Правила отмены/ неявки на медицинский прием

Если пациент не может присутствовать на предварительно назначенном медицинском приеме, пациент или ответственная сторона обязаны позвонить в офис, чтобы отменить назначенную встречу за 24 часа до назначенного времени.

ВНИМАНИЕ: Arlington Dermatology оставляет за собой право взимать плату в размере \$25, если пациент не отменил назначенную встречу за 24 часа до приема. Больные, которым назначена хирургические или косметические процедуры, будут обязаны внести штраф в размере \$50 за неявку.

Возврат товара

Все продажи продукта являются окончательными. Продукты не подлежат возврату и не подлежат обмену, за исключением особых медицинских условий. Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь на стойку регистрации.

Авторизация / назначение / финансовая ответственность

Моей подписью, поставленной ниже, я подтверждаю, что я, или лицо, находящееся на моем иждивении, имеют права на медицинскую страховку(и), указанные выше лично мною и настоящим документом я назначаю непосредственно Arlington Dermatology (AD) получить компенсацию за оказанные Arlington Dermatology услуги. Я предоставляю право AD на получение соответствующей информации, в случае необходимости, для обеспечения выплат AD. Я даю разрешение использовать мою подпись, представленную ниже, для всех страховых действий по необходимости. Я полностью понимаю, что несу ответственность за любые расходы и/или оплаты, связанные с оказанными услугами/или другими действиями, связанными с оказанием мне услуг AD для денежной компенсации оказанных мне услуг. В случае, если любая часть оплаты остается невозмещенной и счет передается коллекторское агентство, я даю согласие произвести любые необходимые коллекторские оплаты и понимаю, что данные сборы могут быть добавлены к моему счету.

Моя подпись ниже указывает, что я прочитал(а) и понял((а)) вышеуказанные заявления и согласен(а) с ними.

Имя и Фамилия пациента: _____

Подпись пациента (или ответственной стороны): _____ Дата: ____ / ____ / ____

Отношение к пациенту: _____

Общая История Болезни

Имя, Фамилия пациента: _____ Дата рожд.: _____ Дата: ____ / ____ / ____

Социальная история:

Употребление табачных изделий: ____ Никогда не курил(а) ____ Ежедневно (если да, укажите год, когда начали: ____)
____ Прекратил(а) (если да, укажите год, когда остановились: ____)

Потребление алкоголя: ____ Никогда ____ <1 в день ____ <1-2 в день ____ 3 или более в день

Семейный Анамнез (Медицинская Семейная История):

Были ли в семье случаи меланомы? ____ Да ____ Нет

Если Да, укажите, кто именно из родных _____

Другие семейные заболевания: _____

Используете ли Вы солнцезащитный крем? ____ Да ____ Нет

Если Да, укажите SPF? _____

Вы загораете в Солярии? ____ Да ____ Нет

Для Женщин:

Вы в настоящее время беременны? ____ Да ____ Нет

Вы кормите грудью? ____ Да ____ Нет

Используете ли Вы противозачаточные средства? ____ Да ____ Нет

Вы пытаетесь зачать ребенка? ____ Да ____ Нет

Пациенты 65 лет и старше:

Получили ли Вы вакцину от пневмонии? ____ Да ____ Нет

У вас есть доверенное лицо (POA), если Вы не можете принять собственные решения? ____ Да ____ Нет

Если да, пожалуйста, укажите имя и номер телефона: _____

У вас есть завещание? ____ Да ____ Нет

Какие из следующих утверждений соответствуют Вашим пожеланиям?

____ Do Not Intubate: я против применения интубационной трубки, даже если это необходимо для спасения моей жизни.

____ Do Not Resuscitate: если мое сердце остановилось, я бы не хотел, чтобы мне делали искусственное дыхание или автоматический дефибриллятор для восстановления сердцебиения, даже если это необходимо для спасения моей жизни.

____ Full Cardiopulmonary Resuscitation: мне нужна полная сердечно-легочная реанимация.

Лекарства: (Пожалуйста, перечислите все текущие лекарства и патентованные лекарства. Пожалуйста, укажите для каких медицинских проблем они используются Вами):

Название Аптеки: _____ **Тел #:** () _____

Адрес Аптеки: _____

Аллергические реакции: _____

История Болезни

Имя, Фамилия: _____

Дата: ____ / ____ / ____

Прошлая медицинская история: (обведите что относится к Вам) _____ Ничего /None

Состояние тревоги/Anxiety	Гепатит/Hepatitis
Артрит /Arthritis	Гипертензия (Повышенное давление)/Hypertension
Искусственные суставы/Artificial joints	ВИЧ/СПИД - HIV/AIDS
Астма/Asthma	Повышенный холестерол/Hypercholesterolemia
Фибрилляция предсердий/Atrial fibrillation	Гипертиреоз/Hyperthyroidism
ДГП (доброкачественная гиперплазия простаты)/BPH	Гипотиреоз/Hypothyroidism
Трансплантация костного мозга/Bone Marrow Transplantation	Лейкемия/Leukemia
Рак молочной железы / Breast Cancer	Рак легких/Lung Cancer
Рак толстой кишки/Colon Cancer	Лимфома/Lymphoma
COPD (эмфизема) COPD (Emphysema)	Кардиостимулятор/Pacemaker
Ишемическая болезнь сердца/Coronary Artery Disease	Рак простаты/Prostate Cancer
Депрессия Depression	Лучевая (радиационная) терапия/Radiation Treatment
Диабет Diabetes	Припадки эпилепсии/Seizures
Заболевание почек в конечной стадии End Stage Renal Disease	Инсульт/Stroke
GERD (изжога) GERD (Acid reflux)	Замена клапана сердца/Valve Replacement
Потеря слуха/ Hearing Loss	Другие заболевания: _____

Заболевания, требующие хирургического вмешательства: (обведите что относится к Вам) _____ Ничего /None

Апендикс удален/Appendix Removed	Почка удалена (справа, слева)/Kidney Removed (Right, Left)
Мочевой пузырь удален/Bladder Removed	Удаление камней в почках/Kidney Stone Removal
Мастэктомия (справа, слева, двусторонняя)Mastectomy (R, L, Bilat)	Пересадка почки/Kidney Transplant
Лампектомии (справа, слева, двусторонние)/Lumpectomy (R, L, Bilateral)	Яичники удалены: эндометриоз/Ovaries Removed: Endometriosis
Биопсия груди (справа, слева, двусторонняя)/Breast Biopsy	Яичники удалены: киста/Ovaries Removed: Cyst
Уменьшение груди/Breast Reduction	Яичники удалены: Рак яичников Ovaries Removed: Ovarian Cancer
Имплантаты груди/Breast Implants	Предстательная железа удалена: Рак простаты/Prostate Removed: Prostate Cancer
Колэктомия: Резекция рака толстой кишки/Colectomy Colon Cancer Resection	Биопсия предстательной железы/Prostate Biopsy
Колэктомия: дивертикулит/Colectomy: Diverticulitis	Трансуретральная резекция простаты/TURP
Колэктомия: воспалительное заболевание кишечника/Colectomy: IBD	Биопсия кожи/Skin Biopsy
Желчный пузырь удален/Gallbladder Removed	Базалиома - хирургическое вмешательство/Basal Cell Cancer Surgery
Коронарное шунтирование/Coronary Artery Bypass	Плоскоклеточный рак- хирургическое вмешательство/ SCC Surgery
Коронарная ангиопластика/PTCA	Меланома - хирургическое вмешательство/Melanoma Surgery
Замена клапана (механический клапан)/Mechanical Valve Replacement	Селезенка удалена/Spleen Removed
Замена клапана (биологический клапан)/Biological Valve Replacement	Яички удалены (справа, слева, двусторонние)/Testicles Removed
Пересадка сердца/Heart Transplant	Матка удалена (Гистерэктомия): миома/Hysterectomy: Fibroids
Замены суставов, колена (правый, левый, двусторонние)/Joint Replacement, Knee	Гистерэктомия: Рак матки/Hysterectomy: Uterine Cancer
Замены суставов, бедра (справа, слева, двусторонние) /Joint Replacement, Hip	Другие заболевания: _____
Замены сустава в течение последних 2 лет/Joint Replacement w/in last 2 yrs	
Биопсия почек / Kidney Biopsy	

История заболеваний кожи: (обведите что относится к Вам) _____ Ничего /None

Актинический кератоз/Actinic Keratoses	Меланома/Melanoma
Базалиома/Basal Cell Skin Cancer	Контактный дерматит /Poison Ivy
Солнечные ожоги (волдыри)/Blistering Sunburns	Предраковые родинки /Precancerous Moles
Сухая кожа/Dry Skin	Псориаз /Psoriasis
Экзема/Eczema	Плоскоклеточный рак кожи /Squamous Cell Skin Cancer
Шелушение и зуд кожи головы/Flaking or Itchy Scalp	Другие заболевания: _____