

**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
Имплантанты 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: _____