


Rejestracja pacjenta

Nazwisko prawne:* Nazwisko		Imię		Inicjały drugiego imienia		Stosowane nazwisko:	
Płeć prawna (zaznaczyć jedną):*							Zaimki:
<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <i>*Pomimo że PrimeCare uznaje różne płci/rodzaje, wiele firm ubezpieczeniowych i podmiotów prawnych niestety ich nie uznaje. Należy mieć świadomość, że nazwisko i płeć podane w ubezpieczeniu muszą być stosowane na dokumentach dotyczących ubezpieczenia, rachunków i korespondencji. Jeśli preferowane nazwisko i zaimki są inne, prosimy nas poinformować.</i>							
Data urodzenia: Miesiąc Dzień Rok		Numer ubezpieczenia społecznego:			Adres e-mail:		

Odpowiedzi na poniższe pytania pomogą nam szybko i dyskretnie się z Panem(-ią) skontaktować w odniesieniu do ważnych informacji.

Nr telefonu domowego: () -		Nr telefonu komórkowego: () -		Nr telefonu służbowego: () -		Najlepszy numer do kontaktu:	
Zgoda na pozostawienie nagrania w poczcie głosowej <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		Zgoda na pozostawienie nagrania w poczcie głosowej <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		Zgoda na pozostawienie nagrania w poczcie głosowej <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		<input type="checkbox"/> Tel. domowy <input type="checkbox"/> Tel. Komórkowy <input type="checkbox"/> Tel. służbowy	
Adres: Ulica		Miasto		Stan		Kod pocztowy	
Zawód: Nazwa pracodawcy/szkoły:		Czy jest Pan(i) objęty(-a) ubezpieczeniem szkolnym lub pracowniczym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie					
Nazwisko osoby kontaktowej w sytuacji nagłej:			Nr telefonu:		Relacja/pokrewieństwo z pacjentem:		
<i>W przypadku osób poniżej 18 roku życia Wydział Zdrowia Publicznego wymaga podania informacji kontaktowych do rodzica/opiekuna.</i>							
Nazwisko rodzina/opiekuna:		Nr telefonu:		Relacja/pokrewieństwo z pacjentem:			
PrimeCare prześle korespondencję, taką jak rachunki na adres do korespondencji. W jaki sposób chce Pan(i) otrzymywać pozostałe rodzaje korespondencji pisemnej? (Wybierz jedną z opcji)							
<input type="checkbox"/> Bezpieczna wiadomość e-mail (MyChart) <input type="checkbox"/> Pismo <input type="checkbox"/> Inny							

Niniejsze informacje służą wyłącznie celom demograficznym i nie wpływają na opiekę.

1.) Jaki jest Pana(-i) roczny dochód? <input type="checkbox"/> 0 \$-15 000 \$ <input type="checkbox"/> 45 001 \$-60 000 \$ <input type="checkbox"/> 15 001 \$-30 000 \$ <input type="checkbox"/> 60 001 \$-75 000 \$ <input type="checkbox"/> 30 001 \$-45 000 \$ <input type="checkbox"/> Ponad 75 000 \$ <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać Ile osób (włączając Pana(-ią) jest na Pana(-i) utrzymaniu? _____		2.) Status zatrudnienia: <input type="checkbox"/> Zatrudnienie na pełen etat <input type="checkbox"/> Zatrudnienie na część etatu <input type="checkbox"/> Pracownik sezonowy <input type="checkbox"/> Osoba niepełnosprawna <input type="checkbox"/> Na emeryturze <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna <input type="checkbox"/> Uczeń		3.) Grupa(-y) rasowa(-e): <i>(Proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie)</i> <input type="checkbox"/> Afroamerykanin / czarna <input type="checkbox"/> Azjatycka <input type="checkbox"/> Kaukaska / biała <input type="checkbox"/> Rdzenny Amerykanin / rdzenny mieszkaniec Alaski / Eskimos <input type="checkbox"/> Mieszkaniec wysp Pacyfiku <input type="checkbox"/> Wielorasowa <input type="checkbox"/> Odmawiam udzielenia odpowiedzi		4.) Pochodzenie etniczne <input type="checkbox"/> Hiszpańskie/latynoskie <input type="checkbox"/> Inne niż hiszpańskie/latynoskie <input type="checkbox"/> Odmawiam udzielenia odpowiedzi 5.) Kraj urodzenia <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Inny: _____	
6.) Preferowany język: <i>(Wybierz jedną z opcji)</i> <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Polski <input type="checkbox"/> Inny _____		7.) Czy uważa Pan(i) siebie za: <input type="checkbox"/> Lesbijkę, geja lub homoseksualistę <input type="checkbox"/> Osobę heteroseksualną <input type="checkbox"/> Biseksualistę <input type="checkbox"/> Kogoś innego <input type="checkbox"/> Nie wiem <input type="checkbox"/> Wolę nie ujawniać		8.) Stan cywilny: <input type="checkbox"/> Żonaty/zamężna <input type="checkbox"/> W związku <input type="checkbox"/> Kawaler/panna <input type="checkbox"/> Po rozwodzie <input type="checkbox"/> Inny _____ 9.) Status weterana: <input type="checkbox"/> Weteran <input type="checkbox"/> Nie weteran		10.) Zakwaterowanie: Czy jest Pan(i) mieszkańcem placówki publicznej? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Czy jest Pan(i) bezdomny(-a)? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, gdzie przebywa Pan(i) nocą? <input type="checkbox"/> W schronisku <input type="checkbox"/> Na ulicy <input type="checkbox"/> Przejściowe <input type="checkbox"/> Podwójne <input type="checkbox"/> Inne _____	
11.) Tożsamość płciowa: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Transmężczyzna <input type="checkbox"/> Transkobieta <input type="checkbox"/> Inna <input type="checkbox"/> Odmawiam udzielenia odpowiedzi		13.) Opieka zdrowotna: Czy posiada Pan(i) pełnomocnika ds. opieki zdrowotnej? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Czy ma Pan(i) dyspozycję pacjenta (dyrektywa odnośnie decyzji medycznych, pełnomocnik)? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Czy wymaga Pan(i) codziennej opieki? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, kto jest Pana(-i) głównym opiekunem? _____ Czy ma Pan(i) zlecenie lekarza dot. leczenia podtrzymującego życie? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		PROSZĘ ODWRÓCIĆ 			
12.) Jaka była Pana(-i) płeć przy urodzeniu? <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna							

Zgoda pacjenta na leczenie

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Data: _____

Zgoda na leczenie Upoważniam PrimeCare Community Health, Inc. (PCH) oraz personel medyczny, pielęgniarki, pracowników ds. zdrowia behawioralnego oraz innych specjalistów do świadczenia usług opieki zdrowotnej oraz do stosowania procedur diagnostycznych i terapeutycznych oraz leczenia, a także uznanych przez personel medyczny PCH za niezbędne lub zalecane ze względu na moją opiekę. Obejmuje to wszelkie rutynowe badania diagnostyczne oraz zabiegi, włączając diagnostyczne prześwietlenia, podanie i/lub podanie dożylnie produktów farmaceutycznych i leków oraz pobranie krwi do badań laboratoryjnych. Rozumiem, że nie ma żadnych gwarancji dotyczących rezultatów lub skuteczności leczenia lub badań przeprowadzonych przez personel PCH.

Cesia świadczeń Przydzielam PrimeCare Community Health wszelkie świadczenia, do których jestem uprawniony(-a) z Medicare, Medicaid, innych instytucji rządowych, firm ubezpieczeniowych oraz innych stron trzecich, które są finansowo odpowiedzialne za opiekę medyczną i leczenie świadczone przez PCH.

Zobowiązania finansowe Zgadzam się, aby w przypadku braku płatności od strony trzeciej, oprócz przypadków ograniczonych przez prawo lub umowę PCH z płatnikami będącymi stroną trzecią, w odniesieniu do której przekazałem(-am) świadczenia, jestem zobowiązany(-a) do zapłaty należnej kwoty za usługi świadczone w placówce PHC zgodnie ze stawkami i warunkami PHC obowiązującymi w dniu świadczenia usługi. Zgadzam się również na poniesienie odpowiedzialności za wszelkie obowiązujące dopłaty, współubezpieczenie lub opłaty redukcyjne.

Potwierdzam, że przeczytałem(-am) ten formularz i jestem pacjentem lub jestem w pełni upoważniony(-a) przez pacjenta, jako przedstawiciel pacjenta, do realizacji postanowień tego formularza oraz akceptuję jego warunki.

Podpis pacjenta lub strony odpowiedzialnej: _____ Data: _____

Relacja / pokrewieństwo z pacjentem (jeśli pacjent nie składa podpisu):