

Распечатайте эту анкету, заполните её и принесите на первый приём вместе со страховой карточкой, удостоверением личности с фото и прививочной картой. Анкету можно также заполнить в офисе. Пожалуйста, пишите разборчиво (имена и адрес — латинскими буквами, как в документах).

1. Пациент

Имя	Второе имя	Фамилия	Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)	
Пол: ☐ Мужской ☐ Женский ☐ Другое / опишу сам(а): _____				
Предпочитаемый язык: ☐ Английский ☐ Испанский ☐ Русский ☐ Другой: _____				
Домашний адрес (улица, дом)	Кв.	Город	Штат	Индекс (ZIP)

2. Родители или законные опекуны

Если пациенту 18 лет или больше, впишите его собственные телефон и e-mail в графу «Родитель/опекун 1» и отметьте «Я сам(а)».

Родитель/опекун 1

Полное имя	Мобильный телефон	Другой телефон
Кем приходится пациенту: ☐ Мать ☐ Отец ☐ Законный опекун ☐ Я сам(а) ☐ Другое: _____		
E-mail		

Родитель/опекун 2

Полное имя	Мобильный телефон	Другой телефон
Кем приходится пациенту: ☐ Мать ☐ Отец ☐ Законный опекун ☐ Я сам(а) ☐ Другое: _____		
E-mail		

3. Страховка

☐ Нет страховки / самостоятельная оплата

Основная страховка

Страховая компания / план	Номер участника (Member ID)	Номер группы (Group)
Имя держателя полиса (subscriber)	Дата рождения держателя полиса	Кем приходится пациенту

Дополнительная страховка (если есть)

Страховая компания / план	Номер участника (Member ID)	Номер группы (Group)
Имя держателя полиса (subscriber)	Дата рождения держателя полиса	Кем приходится пациенту

4. Контакт для экстренной связи (не родители, указанные выше)

Имя	Кем приходится пациенту	Телефон
-----	-------------------------	---------

Имя / Фамилия (Пациент)

Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)

5. Аптека

Название аптеки

Адрес или ближайший перекрёсток

Телефон

6. История болезни

Прежний педиатр или врач

Его телефон

☐ Известных аллергий нет

Аллергии (лекарства, продукты, другое) и реакция

Лекарства, которые пациент принимает сейчас (название и доза)

Заболевания (например, астма, экзема, диабет)

Операции или госпитализации (что и когда)

Для малышей: больница, где родился, вес при рождении, проблемы при рождении

Прививочная карта: ☐ Принесу ☐ Пришлёт прежний врач ☐ Её у меня нет

7. Как с вами связываться?

Отметьте «да» или «нет» для каждого пункта. Вы можете изменить выбор в любое время, позвонив в офис.

Телефонные звонки

Напоминания о приёме и звонки из офиса

☐ Да

☐ Нет

Номер для звонков

SMS-сообщения

Напоминания о приёме и сообщения из офиса

☐ Да

☐ Нет

Мобильный номер для SMS

☐ Можно оставлять голосовое сообщение с деталями приёма

Отмечая «Да» для SMS-сообщений, я соглашаюсь получать от Jackson Heights Pediatrics SMS-сообщения с напоминаниями о приёме и сообщениями из офиса на указанный выше мобильный номер. Частота сообщений может меняться. Может взиматься плата за сообщения и передачу данных. Чтобы отказаться, ответьте STOP, для справки — HELP. Согласие не является условием получения медицинской помощи.

8. Подпись

Информация в этой анкете, насколько мне известно, верна.

Подпись родителя/опекуна (или пациента, если ему 18 лет или больше)

Дата

Имя печатными буквами

Кем приходится пациенту

Только для офиса

№ карты:

Кем внесено:

Страховка проверена: