

Ushbu anketani chop eting, to'ldiring va birinchi qabulga sug'urta kartasi, suratli shaxsiy guvohnoma va emlash hujjati bilan birga olib keling. Anketani klinikada ham to'ldirishingiz mumkin. Iltimos, aniq yozing. Klinikada ingliz, ispan va rus tillarida gaplashiladi.

1. Bemor

Ism	Ikkinchi ism	Familiya	Tug'ilgan sana (OO/KK/YYYY)	
Jinsi: ☐ Erkak ☐ Ayol ☐ Boshqa / o'zim yozaman: _____				
Afzal ko'rgan til: ☐ Ingliz ☐ Ispan ☐ Rus ☐ Boshqa: _____				
Uy manzili (ko'cha, uy)	Xonadon	Shahar	Shtat	Indeks (ZIP)

2. Ota-onalar yoki qonuniy vasiylar

Agar bemor 18 yosh yoki undan katta bo'lsa, uning o'z telefoni va e-mailini "Ota-ona/vasiy 1" qatoriga yozing va "O'zim" ni belgilang.

Ota-ona/vasiy 1

To'liq ismi	Mobil telefon	Boshqa telefon
Bemorga kimligi: ☐ Ona ☐ Ota ☐ Qonuniy vasiy ☐ O'zim ☐ Boshqa: _____		
E-mail		

Ota-ona/vasiy 2

To'liq ismi	Mobil telefon	Boshqa telefon
Bemorga kimligi: ☐ Ona ☐ Ota ☐ Qonuniy vasiy ☐ O'zim ☐ Boshqa: _____		
E-mail		

3. Sug'urta

☐ Sug'urta yo'q / o'z hisobidan to'lash

Asosiy sug'urta

Sug'urta kompaniyasi / reja	A'zo raqami (Member ID)	Guruh raqami (Group)
-----------------------------	-------------------------	----------------------

Polis egasining ismi (subscriber)	Polis egasining tug'ilgan sanasi	Polis egasi bemorga kim bo'ladi
-----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Qo'shimcha sug'urta (bo'lsa)

Sug'urta kompaniyasi / reja	A'zo raqami (Member ID)	Guruh raqami (Group)
-----------------------------	-------------------------	----------------------

Polis egasining ismi (subscriber)	Polis egasining tug'ilgan sanasi	Polis egasi bemorga kim bo'ladi
-----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

4. Favqulodda aloqa uchun shaxs (yuqoridagi ota-onadan boshqa)

Ism	Bemorga kimligi	Telefon
-----	-----------------	---------

Ism / Familiya (Bemor)

Tug'ilgan sana (OO/KK/YYYY)

5. Dorixona

Dorixona nomi

Manzil yoki yaqin chorraha

Telefon

6. Kasallik tarixi

Oldingi pediatrik yoki shifokor

Uning telefoni

☐ Ma'lum allergiya yo'q

Allergiyalar (dorilar, oziq-ovqat, boshqa) va reaksiya

Bemor hozir qabul qilayotgan dorilar (nomi va dozasi)

Kasalliklar (masalan, astma, ekzema, diabet)

Operatsiyalar yoki shifoxonada yotish (nima va qachon)

Chaqaloqlar uchun: tug'ilgan shifoxona, tug'ilgandagi vazn, tug'ilishdagi muammolar

Emlash hujjati: ☐ O'zim olib kelaman ☐ Oldingi shifokor yuboradi ☐ Menda yo'q

7. Siz bilan qanday bog'lanaylik?

Har biri uchun "ha" yoki "yo'q" ni belgilang. Tanlovingizni istalgan vaqtda klinikaga qo'ng'iroq qilib o'zgartirishingiz mumkin.

Telefon qo'ng'iroqlari

Qabul eslatmalari va klinikadan qo'ng'iroqlar

☐ Ha☐ Yo'q

Qo'ng'iroqlar uchun raqam

SMS xabarlar

Qabul eslatmalari va klinika xabarlari

☐ Ha☐ Yo'q

SMS uchun mobil raqam

☐ Qabul tafsilotlari bilan ovozi xabar qoldirish mumkin

SMS xabarlar uchun "Ha" ni belgilab, Jackson Heights Pediatrics'dan yuqorida ko'rsatilgan mobil raqamga qabul eslatmalari va klinika xabarlari bilan SMS olishga roziman. Xabarlar soni har xil bo'lishi mumkin. Xabar va internet uchun to'lov olinishi mumkin. Rad etish uchun STOP, yordam uchun HELP deb javob yozing. Rozilik tibbiy yordam olish sharti emas.

8. Imzo

Ushbu anketadagi ma'lumotlar mening bilishimcha to'g'ri.

Ota-ona/vasiy imzosi (yoki 18 yosh va undan katta bo'lsa, bemorning imzosi)

Sana

Bosma harflarda ism

Bemorga kimligi

Faqat klinika uchun

Karta raqami: _____

Kim kiritdi: _____

Sug'urta tekshirildi: _____