

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ											
Фамилия:		Имя:		Отчество:		Официальное имя (если отличается):					
Дата рождения:		Номер социального страхования:		Мобильный телефон:		Домашний телефон:					
Адрес:			Номер квартиры:		Город:		Государство:		Почтовый индекс:		
Обращение(-я): <small>(Выберите все подходящие варианты)</small>		<input type="checkbox"/> Она/ей/ее <input type="checkbox"/> Эй/эм/эйрс		<input type="checkbox"/> Он/ему/его <input type="checkbox"/> Ксе/ксем/ксир		<input type="checkbox"/> Они/им/их <input type="checkbox"/> Ве/вир/вис		<input type="checkbox"/> По имени <input type="checkbox"/> Зе/зир/зем <input type="checkbox"/> Другое _____		Адрес электронной почты:	
Варианты ответов на некоторые из этих вопросов были предоставлены нашими спонсорами; просим выбрать наиболее подходящий ответ. Спасибо.											
Гендерная идентичность: <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Трансгендерная женщина/из мужчины в женщину <input type="checkbox"/> Трансгендерный мужчина/из женщины в мужчину <input type="checkbox"/> Небинарная личность/гендерквир <input type="checkbox"/> Затрудняюсь ответить <input type="checkbox"/> Бердаш <input type="checkbox"/> Предпочитаю скрыть <input type="checkbox"/> Другое _____				Статус трудового мигранта: <input type="checkbox"/> Мигрант <input type="checkbox"/> Сезонный работник Не являюсь трудовым мигрантом				Статус бездомности: <input type="checkbox"/> Не бездомный(-ая) <input type="checkbox"/> В настоящее время не бездомный (-ая), был(-а) им (ею) в течение последних 12 месяцев <input type="checkbox"/> Проживаю в приюте <input type="checkbox"/> Живу с другими людьми <input type="checkbox"/> На улице, в лагере, под мостом <input type="checkbox"/> Временное жилье <input type="checkbox"/> Ветеран в группе риска получения статуса бездомности <input type="checkbox"/> В группе риска получения статуса бездомности <input type="checkbox"/> Ребенок в группе риска получения статуса бездомности <input type="checkbox"/> Неизвестный приют для бездомных <input type="checkbox"/> Постоянное социальное жилье <input type="checkbox"/> Одноместный номер в отеле			
				Есть ли у вас инвалидность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Предпочитаю не говорить							
				Расовая принадлежность: (Выберите все подходящие варианты) <input type="checkbox"/> Коренной жители Аляски <input type="checkbox"/> Американский индеец <input type="checkbox"/> Индеец <input type="checkbox"/> Темнокожий/афроамериканец <input type="checkbox"/> Китаец <input type="checkbox"/> Филиппинец <input type="checkbox"/> Гуамец или чаморро <input type="checkbox"/> Японец <input type="checkbox"/> Кореец <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайев <input type="checkbox"/> Представитель другой азиатской группы <input type="checkbox"/> Коренной житель других тихоокеанских островов							
				Сексуальная ориентация: <input type="checkbox"/> Гей <input type="checkbox"/> Пансексуал <input type="checkbox"/> Лесбиянка <input type="checkbox"/> Омнисексуал <input type="checkbox"/> Бисексуал <input type="checkbox"/> Асексуал <input type="checkbox"/> Квир <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> Нормальная сексуальная ориентация, или гетеросексуал <input type="checkbox"/> Предпочитаю скрыть <input type="checkbox"/> Другое _____							
Половая принадлежность при рождении: <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Гермафродит <input type="checkbox"/> Не записано в свидетельстве о рождении				Статус ветерана/военнослужащих: <input type="checkbox"/> Нет предыдущего опыта <input type="checkbox"/> Ветеран <input type="checkbox"/> Несу службу в настоящее время <input type="checkbox"/> В отставке <input type="checkbox"/> В резерве							
Предпочитаемый язык: _____ Требуется ли вам услуги устного перевода? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				Этническое происхождение: _____ (например, китайское, доминиканское, персидское, русское происхождение)				Этническая принадлежность: <input type="checkbox"/> Кубинец <input type="checkbox"/> Мексиканец, мексиканский американец, или чикано <input type="checkbox"/> Пуэрториканец <input type="checkbox"/> Другая испаноязычная, латиноамериканская или испанская этническая принадлежность <input type="checkbox"/> Не испаноязычная или латиноамериканская этническая принадлежность <input type="checkbox"/> Предпочитаю скрыть			
КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ СВЯЗИ В ЭКСТРЕННЫХ СИТУАЦИЯХ											
Имя контактного лица для связи в экстренных ситуациях:				Кем приходится контактное лицо для связи в экстренных ситуациях:				Телефон контактного лица для связи в экстренных ситуациях:			
ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВАНИИ											
Предъявите карту(-ы) сотруднику регистратуры <input type="checkbox"/> У меня нет страховки											
Страховая компания:				Номер страхового полиса:				Номер группы:			
Имя на карте страхования:				Пол, указанный в страховом плане:				<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Небинарная личность <input type="checkbox"/> Неизвестно			
ДОХОД											
Общий годовой доход \$						Количество лиц, находящихся на иждивении (включая себя)					
Отметьте, какие финансовые документы вы предоставляете:											
<input type="checkbox"/> Зарплата ведомость <input type="checkbox"/> Справка о безработице <input type="checkbox"/> Выписка из банка <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Налоговая декларация <input type="checkbox"/> Справка о приеме на работу <input type="checkbox"/> У меня нет документации на сегодня											
Я отказываюсь предоставлять какую-либо информацию о доходах. Я понимаю, что это решение может повлиять на мою возможность получать скидки на оплату за услуги по скользящей шкале.								_____			
								Поставьте свою подпись здесь			

Я подтверждаю, что предоставил(-а) всю информацию о своем доходе и что вся вышеуказанная информация правдива и верна. Я понимаю, что эта информация необходима для выполнения целей предоставления отчетности касательно страховой субсидии и будет использована для определения права на оплату услуг по скользящей шкале с учетом доходов, предоставляемого центром Callen-Lorde, если у меня нет страховки. Я также понимаю, что в случае намеренного предоставления неверных сведений о моих доходах меня попросят возместить все предоставленные мне скидки и в будущем меня могут лишить права на получение скидок. Я понимаю, что предоставление неверных сведений также может привести к выписке из медицинского центра Callen-Lorde.

Подпись пациента

Дата

Поставьте
свою
подпись

СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ:

Я добровольно обращаюсь за медицинской помощью и лечением в Общественный медицинский центр **СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ:**

Callen-Lorde (Callen-Lorde) и даю разрешение медицинскому персоналу, психиатрам и стоматологам центра Callen-Lorde провести обследование, установить диагноз и обеспечить мне лечение в соответствии с информацией, объяснениями и рекомендациями, которые мне предоставлены.

Поставьте
свою
подпись

СОГЛАСИЕ НА ВЫСТАВЛЕНИЕ СЧЕТА: Если у меня нет медицинской страховки, я понимаю, что несу ответственность за все понесенные расходы и что я планирую оплатить или получить счет за любой непогашенный остаток в соответствии с финансовой политикой для пациента медицинского центра Callen-Lorde.

Если моя страховка принимается, я разрешаю выплату пособий центру Callen-Lorde или возмещу стоимость услуг центру Callen-Lorde, если я получу оплату непосредственно от моей страховой компании. Я понимаю, что моя страховка может не покрыть все расходы на оплату услуг, которые медицинский центр Callen-Lorde посчитал необходимыми по медицинским показаниям, и что я несу ответственность за любую часть расходов, которые не покрываются моей страховкой, и счет за эти услуги будет выставляться непосредственно мне.

Настоящим я даю согласие на то, чтобы центр Callen-Lorde мог предоставлять информацию, касающуюся моего заболевания и лечения, моей страховой компании(-ям) в соответствии с его политикой конфиденциальности.

Я уведомлен(-а) о том, что любые анализы (анализы крови и другие образцы), отправленные в другую лабораторию, приведут к дополнительным расходам, счет на оплату которых будет выставлен лабораторией моей страховой компании и (или) непосредственно мне.

СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

Для лучшего обслуживания наших пациентов центр Callen-Lorde на постоянной основе проводит исследования по вопросам медицинского обслуживания, различий в состоянии здоровья и потенциальных мер медицинского вмешательства. Выберите один из приведенных ниже вариантов; ваш выбор НЕ повлияет на вашу способность получать медицинские услуги в центре Callen-Lorde.

Поставьте
свою
подпись
здесь

или здесь

Я ДАЮ СОГЛАСИЕ центру Callen-Lorde на то, чтобы сотрудники связывались со мной (в том числе при помощи телефонного звонка, текстового или электронного сообщения) по поводу научных исследований. (Выбор этого варианта ответа не означает регистрацию в каком-либо исследовании, и вы в любой момент можете отозвать свое согласие на то, чтобы с вами связывались).

Я НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ центру Callen-Lorde на то, чтобы сотрудники связывались со мной по поводу научных исследований.

Поставьте
свою
подпись

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА:

Я получил(-а) копию документа с описанием прав и обязанностей пациентов центра Callen-Lorde

Поставьте
свою
подпись

ПРАВИЛА УВЕДОМЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА О СОБЛЮДЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ НА ОСНОВАНИИ ЗАКОНА О ПРЕЕМСТВЕННОСТИ И ПОДОТЧЕТНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA):

Я подтверждаю, что я получил(-а) от центра Callen-Lorde копию Уведомления о соблюдении конфиденциальности на основании закона HIPAA.

Данной подписью я подтверждаю, что все вышеперечисленные сведения подписаны. Я понимаю, что сотрудники центра Callen-Lorde могут связываться или не связываться со мной на основании вышеуказанного выбора согласия в отношении научных исследований, на участие в которых я имею право.

Имя и фамилия пациента (печатными буквами) _____ Подпись пациента _____ Дата _____

Если эта страница подписана личным представителем, укажите информацию ниже:

Имя и фамилия пациента (печатными буквами) _____ Подпись пациента _____ Дата _____

Полномочия личного представителя на подписание за пациента (отметьте одну позицию): Родитель Опекун
Представитель, действующий по доверенности Другое: _____