

Дата (месяц, число, год) (Today's Date (month/day/year))		Предпочитаемое имя (Preferred Name)	
Имя (First Name)		Фамилия (Last Name)	
SSN (Social Security Number)		Дата рождения (месяц, число, год) (Date of Birth) (month/day/year)	
Домашний адрес (Home Address)			
Город (City)		Штат (State)	Индекс (Zip Code)
Телефон (Phone Number)		Дополнительный телефон (Alternate Phone Number)	
Электронная почта (Email Address)			

Демографические данные пациентов (Patient Demographics)	
Пол (Sex) <input type="checkbox"/> Женщина (Female) <input type="checkbox"/> Мужчина (Male) <input type="checkbox"/> Небинарный (Nonbinary) <input type="checkbox"/> Неизвестно (Unknown) <input type="checkbox"/> X	
Гендерная идентичность (Gender Identity) <input type="checkbox"/> Женщина (Female) <input type="checkbox"/> Мужчина (Male) <input type="checkbox"/> Небинарный / Гендерквир (Non-Binary / Genderqueer) <input type="checkbox"/> Трансгендерный мужчина / Транс-мужчина / FTM (Transgender Male / Trans Man / FTM) <input type="checkbox"/> Трансгендерная женщина / Транс-женщина / MTF (Transgender Female / Trans Woman / MTF) <input type="checkbox"/> В поиске / Неопределившийся (Questioning) <input type="checkbox"/> Двуполоый (Two Spirit) <input type="checkbox"/> Другое (Other) <input type="checkbox"/> Предпочитаю не указывать (Choose Not To Disclose)	Сексуальная ориентация (Sexual Orientation) <input type="checkbox"/> Гетеросексуал или Стрейт (Straight or Heterosexual) <input type="checkbox"/> Лесбиянка (Lesbian) <input type="checkbox"/> Гей (Gay) <input type="checkbox"/> Бисексуал (Bisexual) <input type="checkbox"/> Асексуал (Asexual) <input type="checkbox"/> Омнисексуал (Omnisexual) <input type="checkbox"/> Пансексуал (Pansexual) <input type="checkbox"/> Квир (Queer) <input type="checkbox"/> Что-то другое (Something Else) <input type="checkbox"/> Не знаю (Don't Know) <input type="checkbox"/> Предпочитаю не раскрывать (Choose Not to Disclose / Decline)
Пол, указанный при рождении (Patient's Sex Assigned at Birth) <input type="checkbox"/> Женский (Female) <input type="checkbox"/> Мужской (Male) <input type="checkbox"/> Интерсекс (Intersex) <input type="checkbox"/> Неизвестно (Unknown) <input type="checkbox"/> Не указан в свидетельстве о рождении (Not Recorded on Birth Certificate) <input type="checkbox"/> Предпочитаю не указывать (Choose Not To Disclose)	
Семейное положение (Marital Status) <input type="checkbox"/> Одиноким (Single) <input type="checkbox"/> Партнерство (Partnered) <input type="checkbox"/> В браке (Married) <input type="checkbox"/> В разводе (Divorced) <input type="checkbox"/> Раздельное проживание (Separated) <input type="checkbox"/> Вдовец (Widowed)	
Какова ваша этническая принадлежность? (What is your ethnicity?) <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец / не испанского происхождения (Non-Hispanic or Latino/a) <input type="checkbox"/> Мексиканец, мексиканец по происхождению или чикано / чикана (Mexican, Mexican American, or Chicano/a) <input type="checkbox"/> Пуэрториканец (Puerto Rican) <input type="checkbox"/> Кубинец (Cuban) <input type="checkbox"/> Другая латиноамериканская, испанская или испаноязычная этническая принадлежность (Another Hispanic, Latino/a or Spanish Origin) <input type="checkbox"/> Несколько латиноамериканских, испанских или испаноязычных этнических принадлежностей (Multiple Hispanic, Latino/a or Spanish Origins) <input type="checkbox"/> Не знаю (Don't Know) <input type="checkbox"/> Предпочитаю не указывать (Choose Not To Disclose)	
Расовая или биологическая семейная принадлежность? (What is your race or biological family background?) <input type="checkbox"/> Белый (White) <input type="checkbox"/> Чёрный / Афроамериканец (Black / African American) <input type="checkbox"/> Коренной житель Аляски (Alaska Native) <input type="checkbox"/> Американский Индеец (American Indian) <input type="checkbox"/> Индеец (южноазиатского происхождения) (Asian Indian) <input type="checkbox"/> Китаец (Chinese) <input type="checkbox"/> Филиппинец (Filipino) <input type="checkbox"/> Японец (Japanese) <input type="checkbox"/> Кореец (Korean) <input type="checkbox"/> Вьетнамец (Vietnamese) <input type="checkbox"/> Другой азиат (Other Asian) <input type="checkbox"/> Житель Гуама или чаморро (Guamanian or Chamorro) <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайев (Native Hawaiian) <input type="checkbox"/> Самоанец (Samoan) <input type="checkbox"/> Другой выходец с островов Тихого океана (Other Pacific Islander) <input type="checkbox"/> Не знаю (Don't Know) <input type="checkbox"/> Предпочитаю не указывать (Choose Not To Disclose)	

Контакт в чрезвычайной ситуации (Emergency Contact)

Имя (Name)	
Телефон (Phone Number)	Отношение к пациенту (Relationship to Patient)

Трудовой статус (Employment)

Полная занятость (Full time) Частичная занятость (Part time) Безработный (Unemployed)

Язык (Language)

Нужен ли переводчик? (Do you need an interpreter?) <input type="checkbox"/> Да (Yes) <input type="checkbox"/> Нет (No)	Говорите ли на английском? (Do you speak English?) <input type="checkbox"/> Да (Yes) <input type="checkbox"/> Нет (No)
Предпочитаемый язык (Preferred language) _____	

Уровень владения английским языком (English Fluency) Отлично (Excellent) Очень хорошо (Very Good)
 Хорошо (Good) Плохо (Not Good) Совсем не владею (Not at All)

Предпочитаемый язык для письма (Preferred Written Language)	Предпочитаемый разговорный язык (Preferred Language Spoken)
--	--

Дополнительная демографическая информация (Additional Demographics)

Вы испытываете бездомность? (Are you experiencing homelessness?)
 Да (Yes)
 Нет (не бездомный) (No (Not Homeless))
 В настоящее время не бездомный (но был в течение последних 12 месяцев) (Currently Not Homeless (was in the last 12 months))

Если да, выберите один вариант ниже (If Yes, please choose one (1) below):

Проживание в приюте (для бездомных) (Living in Shelter (Homeless Shelter))
 Временное жильё (Transitional Housing)
 Проживание с другими (в стеснённых условиях) (Living with Others (Doubling Up))
 Улица, лагерь, под мостом (Street, Camp, Bridge)
 Неизвестное место проживания (при бездомности) (Homeless Unknown Shelter)
 Постоянное жильё с поддержкой (Permanent Supportive Housing)
 Отель с одиночным размещением (другое) (Single Occupancy Hotel (Other))
 Под угрозой бездомности (At Risk for Homelessness)
 Ребёнок под угрозой бездомности (At Risk for Homelessness (Child))
 Ветеран под угрозой бездомности (At Risk for Homelessness (Veteran))

Являетесь ли вы мигрантом или сезонным работником? (Are you a migrant / seasonal worker?)
 Мигрант (Migrant) Сезонный работник (Seasonal) Ни то, ни другое (Neither)

Статус ветерана или военной службы (Veteran / Military Status)
 Да (Yes) Нет, я не ветеран (не служил в армии) (No, I am not a veteran (or served in the military))

Страна происхождения (необязательно) (Country of Origin (optional)) _____

Хотели бы вы получить помощь во время приёма? (Would you like assistance during your appointment?)
 Да, помощь при слабом зрении или слепоте. (Yes, support for Low Vision or Blindness.)
 Да, при затруднённом слухе. (Yes, Hard of hearing.)
 Да, помощь в передвижении (опишите) (Yes, Mobility Assistance (please describe):

 Да, другая помощь (опишите) (Yes, other (please describe)):

Какие местоимения вы используете? (What pronouns do you use?)
 Она / Её (She / Her / Hers) Он / Его (He / Him / His) Они / Их (They / Them / Theirs) Ze / Hir / Hirs
 Ey / Em / Eirs Xe / Xem / Xyrs Ve / Vir / Virs Другое (Other) Имя пациента (Patient's Name)
 Неизвестно (Unknown) Отказываюсь отвечать (Decline to Answer)

Предпочтения в общении (Обведите все подходящие варианты) Communication Preferences (Circle all that Apply)

Как вы предпочитаете получать уведомления о приёмах? (How would you like to be contacted for Appointments?)	Телефон (Phone)	СМС (Text)	Email	Почта (Mail)
Вопросы по оплате (Billing Issues)	Телефон (Phone)	СМС (Text)	Email	Почта (Mail)
Медицинские вопросы / Результаты анализов	Телефон	СМС (Text)	Email	Почта (Mail)

(Healthcare Questions / Results)	(Phone)			
Сообщения от вашего лечащего врача (Messages from Your Provider)	Телефон (Phone)	СМС (Text)	Email	Почта (Mail)
Другое общение (Other Communication)	Телефон (Phone)	СМС (Text)	Email	Почта (Mail)

Информация о страховом поручителе (Guarantor Information)

- Сам пациент (Self)
 Для ребёнка — имя родителя или законного опекуна (For children - name of parent or legal guardian):

Дата рождения (месяц/день/год) (Day of Birth (month/day/year)): _____

Адрес (если отличается от адреса пациента) (Address (if different from patient's):

Город (City) _____ Штат (State) _____ Индекс (Zip Code) _____

Отношение к пациенту (Relationship to Patient): _____

Общее количество человек в вашем домохозяйстве (включая иждивенцев) (Total number of people in your household (you and your dependents)) _____

Каков ваш доход до вычета налогов \$ (What is your household income before taxes?) _____

В час (Hourly) еженедельно (Weekly) В месяц (Monthly) В год (Annual)

Предпочитаю не указывать (Choose Not to Disclose)

Примечание: Я понимаю, что если я решаю не указывать доход моего домохозяйства и количество членов семьи, я отказываюсь от участия в программе финансовой помощи Elica (Sliding Fee). Если мои обстоятельства изменятся или я передумаю, я знаю, что могу попросить у сотрудника анкету для подачи заявления.

Страховка (Insurance)

Номер участника Medicare (Medicare Member ID Number): _____

Дата вступления в силу (Effective Date): _____

Номер участника Medi-Cal (Medicaid Member ID Number): _____

Дата вступления в силу (Effective Date): _____

1. Передайте администратору вашу страховую карту и удостоверение личности для сканирования в медицинскую карту.
2. Если вы оплачиваете визит самостоятельно, предоставьте заявление на скидку по скользящей шкале и подтверждение дохода.

ПОДПИСАВШИСЬ НИЖЕ, Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО УКАЗАННАЯ В ФОРМЕ РЕГИСТРАЦИИ ПАЦИЕНТА ИНФОРМАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВДИВОЙ И ТОЧНОЙ, НАСКОЛЬКО МНЕ ИЗВЕСТНО.

Имя и фамилия пациента (Print Name of Patient)

Отношение к пациенту лица, подписывающего форму
(например: пациент, родитель, опекун)
Relationship to Patient of Individual Signing Form
(for example, patient, parent, guardian)

Подпись пациента или опекуна
(Patient / Guardian Signature)

Дата (Date)

Согласия и подтверждения (Consents & Acknowledgements)

Лечение: Я согласен(на) получать лечение от медицинских работников и персонала Elica. Я понимаю, что на меня будет заведена медицинская карта. Я могу получить копию своей медицинской карты, подписав форму запроса медицинских записей, предоставленную клиникой.

Телемедицина: Я согласен(на) на получение медицинской помощи по телефону, через телемедицинские технологии или через портал пациента, если это необходимо и уместно для обмена медицинской информацией с моими лечащими врачами. Врачи Elica по закону могут лечить только пациентов, находящихся на территории штата Калифорния. Услуги телемедицины не могут предоставляться пациентам, находящимся за пределами Калифорнии.

Студенты / Интерны: Я понимаю, что Elica участвует в обучении студентов-медиков. Это означает, что студенты или интерны могут присутствовать на приёмах у меня, моего ребёнка или подопечного. Я понимаю, что под наблюдением лицензированных специалистов они могут оказывать помощь в уходе. Я осведомлён(а), что могу в любой момент отказаться от их участия в лечении без потери доступа к медицинской помощи.

Передача страховых выплат: Я передаю все права и выплаты по моему страховому полису клинике Elica, разрешая ей напрямую направлять заявления в страховую компанию и получать оплату от её имени. Я понимаю, что несу ответственность за оплату всех сумм, не покрытых страховкой, включая остаток после применения скидок.

Фотографии: Я согласен(на), чтобы Elica сделала фотографию меня, моего ребёнка или подопечного для целей идентификации в медицинской карте. Если я отказываюсь от фотографии, я понимаю, что вместо неё может быть использовано моё официальное удостоверение личности с фото.

Свобода выбора аптеки пациентом: Я понимаю, что имею право свободно выбрать аптеку. Рецепты будут направлены в аптеку по моему выбору. Если я соответствую условиям, меня могут направить в конкретную аптеку для получения бесплатных или льготных лекарств. Если я выберу другую аптеку, возможно, мне придётся оплачивать полную стоимость препаратов.

Уведомление о конфиденциальности: Я подтверждаю, что был(а) проинформирован(а) или получил(а) копию уведомления о политике конфиденциальности Elica. Я могу получить копию этого документа в любое время на сайте Elica: www.elicahealth.org.

Обмен медицинской информацией: Клиника Elica входит в организованную систему медицинского обслуживания, включающую участников сети OCHIN. Актуальный список участников OCHIN доступен на www.ochin.org. Как бизнес-партнёр Elica, OCHIN также проводит оценку качества и улучшение медицинских услуг от имени участников. Например, OCHIN координирует клинический обзор и помогает участникам вырабатывать лучшие стандарты и эффективно использовать электронные медицинские записи. Я понимаю, что медицинская информация может передаваться от Elica другим участникам OCHIN, если это необходимо для работы данной системы здравоохранения.

ПОДПИСАВШИСЬ НИЖЕ, Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ПРОЧИТАЛ(А) РАЗДЕЛ СОГЛАСИЙ, ПОНИМАЮ И ПРИНИМАЮ ЕГО УСЛОВИЯ.

Имя и фамилия пациента (Print Name of Patient)

Отношение к пациенту лица, подписывающего форму
(например: пациент, родитель, опекун)
Relationship to Patient of Individual Signing Form
(for example, patient, parent, guardian)

Подпись пациента или опекуна (Patient / Guardian Signature)

Дата (Date)

ФОРМА СОГЛАСИЯ НА РАСКРЫТИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

PROTECTED HEALTH INFORMATION AUTHORIZATION FORM - HIPAA (RUSSIAN)

Elica Health Centers заботится об обеспечении защиты данных пациентов от несанкционированного доступа или раскрытия, как того требует **HIPAA** - закон защиты медицинской информации пациентов. Эта форма **раскрытия либо нераскрытия медицинской информации** позволяет вам сообщить, какие сведения вы хотели разрешить передавать и добавит людям из вашего окружения. Вы можете также отказаться от раскрытия медицинской информации. Врачи будут общаться с пациентами по вопросам их лечения или ухода только: лично, по телефону, или через портал пациента..

Информация пациента			
Фамилия:	Имя:	Второе [middle] имя:	Дата рождения:
Родитель/Опекун/Представитель #1 (если применимо):		Родитель/Опекун/Представитель #2 (если применимо):	

Коммуникация: какие сообщения и каким образом вы хотите получать. (Могут применяться тарифы оператора.)			
	Телефон	СМС	Email/портал
Все из предложенного	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сообщения о здоровье (результаты тестов, анализов)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Напоминания о визите	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Новости (о здравоохранении, новых программах)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Информация о счетах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

С кем вы разрешаете делиться медицинской информацией. Каждое поле - для отдельного человека.	
Персона #1	Персона #2
Имя (на английском):	Имя (на английском):
Отношение (родство): <input type="checkbox"/> Мама <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Дочь <input type="checkbox"/> Сын <input type="checkbox"/> Сестра <input type="checkbox"/> Брат <input type="checkbox"/> Тетя <input type="checkbox"/> Дядя <input type="checkbox"/> Жена <input type="checkbox"/> Муж <input type="checkbox"/> Партнер <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое _____	Отношение (родство): <input type="checkbox"/> Мама <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Дочь <input type="checkbox"/> Сын <input type="checkbox"/> Сестра <input type="checkbox"/> Брат <input type="checkbox"/> Тетя <input type="checkbox"/> Дядя <input type="checkbox"/> Жена <input type="checkbox"/> Муж <input type="checkbox"/> Партнер <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое _____
<input type="checkbox"/> Мы можем сообщить этому человеку всю вашу медицинскую информацию. <p style="text-align: center;">ИЛИ</p> <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить ему записи сегодняшнего визита. <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить персоне результаты ваших тестов.	<input type="checkbox"/> Мы можем сообщить этому человеку всю вашу медицинскую информацию. <p style="text-align: center;">ИЛИ</p> <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить ему записи сегодняшнего визита. <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить персоне результаты ваших тестов.
Персона #3	Персона #4
Имя (на английском):	Имя (на английском):
Отношение (родство): <input type="checkbox"/> Мама <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Дочь <input type="checkbox"/> Сын <input type="checkbox"/> Сестра <input type="checkbox"/> Брат <input type="checkbox"/> Тетя <input type="checkbox"/> Дядя <input type="checkbox"/> Жена <input type="checkbox"/> Муж <input type="checkbox"/> Партнер <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое _____	Отношение (родство): <input type="checkbox"/> Мама <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Дочь <input type="checkbox"/> Сын <input type="checkbox"/> Сестра <input type="checkbox"/> Брат <input type="checkbox"/> Тетя <input type="checkbox"/> Дядя <input type="checkbox"/> Жена <input type="checkbox"/> Муж <input type="checkbox"/> Партнер <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое _____
<input type="checkbox"/> Мы можем сообщить этому человеку всю вашу медицинскую информацию. <p style="text-align: center;">ИЛИ</p> <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить ему записи сегодняшнего визита. <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить персоне результаты ваших тестов.	<input type="checkbox"/> Мы можем сообщить этому человеку всю вашу медицинскую информацию. <p style="text-align: center;">ИЛИ</p> <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить ему записи сегодняшнего визита. <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить персоне результаты ваших тестов.

Я НЕ РАЗРЕШАЮ передавать или сообщать какую-либо информацию КОМУ-ЛИБО.

Подписывая настоящую форму раскрытия / нераскрытия информации в соответствии с HIPAA, я разрешаю Elica Health Centers обновлять и передавать мою медицинскую информацию в соответствии с указанным выше. Данное разрешение отменяет все предыдущие и распространяется только на информацию и на лиц, указанных в этой форме.

Срок действия данного разрешения истекает через 1 год с даты подписания настоящей формы раскрытия / нераскрытия HIPAA либо ранее при наступлении следующего события (указать событие прекращения действия): _____.

Подпись пациента / опекуна

Дата

Office Use Only	
Effective Date:	Updated By:

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ОТ 0 ДО 12 ЛЕТ (PEDIATRIC HEALTH HISTORY AGES 0-12)

Имя и фамилия пациента (Patient Name)	MRN:	Сегодняшняя дата (месяц/день/год) (Today's Date (month/day/year))
Дата рождения (месяц/день/год) Date of Birth (month/day/year)		

АЛЛЕРГИЯ НА КАКИЕ-ЛИБО ЛЕКАРСТВА, ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ ИЛИ ДРУГИЕ ВЕЩЕСТВА? (ALLERGIES TO ANY MEDICATIONS, FOOD OR OTHER SUBSTANCES?)

Аллергия на (Allergic to):	Реакция (Allergic to):	Степень тяжести реакции (Severity of Reaction):
	<input type="checkbox"/> Анафилактическая реакция (Anaphylaxis) <input type="checkbox"/> Крапивница (Hives) <input type="checkbox"/> Сыпь (Rash) <input type="checkbox"/> Отечность (Swelling) <input type="checkbox"/> Тошнота/рвота (Nausea/ vomiting) <input type="checkbox"/> Другое (Other): _____	<input type="checkbox"/> Низкая (Low) <input type="checkbox"/> Средняя (Medium) <input type="checkbox"/> Высокая (High)
	<input type="checkbox"/> Анафилактическая реакция (Anaphylaxis) <input type="checkbox"/> Крапивница (Hives) <input type="checkbox"/> Сыпь (Rash) <input type="checkbox"/> Отечность (Swelling) <input type="checkbox"/> Тошнота/рвота (Nausea/ vomiting) <input type="checkbox"/> Другое (Other): _____	<input type="checkbox"/> Низкая (Low) <input type="checkbox"/> Средняя (Medium) <input type="checkbox"/> Высокая (High)
	<input type="checkbox"/> Анафилактическая реакция (Anaphylaxis) <input type="checkbox"/> Крапивница (Hives) <input type="checkbox"/> Сыпь (Rash) <input type="checkbox"/> Отечность (Swelling) <input type="checkbox"/> Тошнота/рвота (Nausea/ vomiting) <input type="checkbox"/> Другое (Other): _____	<input type="checkbox"/> Низкая (Low) <input type="checkbox"/> Средняя (Medium) <input type="checkbox"/> Высокая (High)

МЕДИЦИНСКИЙ АНАМНЕЗ (Отметьте все применимые заболевания и состояния здоровья) (MEDICAL HISTORY (Check all diseases and medical conditions that apply))

Медицинский анамнез отсутствует (No Past Medical History)

<input type="checkbox"/> Насилие во взрослом возрасте (жертва) (No Past Medical History)	<input type="checkbox"/> Астма (Asthma)	<input type="checkbox"/> Депрессия (Depression)	<input type="checkbox"/> Сердечная недостаточность (Heart Failure)	<input type="checkbox"/> Заболевания печени (Liver disease)	<input type="checkbox"/> Серповидноклеточная анемия (Sickle cell anemia)
<input type="checkbox"/> Насилие в детском возрасте (жертва) (Abuse as a child (victim))	<input type="checkbox"/> Переливание крови (Blood Transfusion)	<input type="checkbox"/> Сахарный диабет (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> Шум в сердце (Heart murmur)	<input type="checkbox"/> Менингит (Meningitis)	<input type="checkbox"/> Язва желудка (Stomach ulcers)
<input type="checkbox"/> Аллергии (Allergies)	<input type="checkbox"/> Рак (Cancer)	<input type="checkbox"/> Эмфизема/ХОБЛ (Emphysema/COPD)	<input type="checkbox"/> ВИЧ/СПИД (HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/> Инфаркт миокарда (Myocardial infarction)	<input type="checkbox"/> Инсульт (Stroke)
<input type="checkbox"/> Анемия (Anemia)	<input type="checkbox"/> Катаракта (Cataracts)	<input type="checkbox"/> ГЭРБ (GERD)	<input type="checkbox"/> Гиперлипидемия (Hyperlipidemia)	<input type="checkbox"/> Заболевания нервов/мышц (Nerve/Muscle disease)	Злоупотребление алкоголем или наркотическими средствами (Substance abuse)
<input type="checkbox"/> Тревожность (Anxiety)	<input type="checkbox"/> Нарушение свертывания крови (Clotting disorder)	<input type="checkbox"/> Глаукома (Glaucoma)	<input type="checkbox"/> Гипертензия (Hypertension)	<input type="checkbox"/> Остеопороз (Osteoporosis)	<input type="checkbox"/> Туберкулез (TB disease)
<input type="checkbox"/> Артрит / заболевание суставов (Arthritis / Joint disorder)	<input type="checkbox"/> ХОБЛ (COPD)	<input type="checkbox"/> Заболевания сердца (Heart disease)	<input type="checkbox"/> Заболевания почек (Kidney disease)	<input type="checkbox"/> Эпилептические припадки (Seizures)	<input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы (Thyroid disease)

Другое, пожалуйста объясните (Other, please explain):

ПЕРЕНОСЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ (SURGICAL HISTORY)

Операции ранее не проводились (No Past Surgical History)

<input type="checkbox"/> Удаление аппендицита (Appendectomy)	<input type="checkbox"/> Косметическая хирургия (Cosmetic surgery)	<input type="checkbox"/> Операция на тонком кишечнике (Small intestine surgery)
<input type="checkbox"/> Операция на мозге (Brain surgery)	<input type="checkbox"/> Офтальмологическая операция (Eye surgery)	<input type="checkbox"/> Операция на позвоночнике (Spine surgery)

<input type="checkbox"/> Операция на молочной железе (Breast surgery)	<input type="checkbox"/> Операция при переломе (Fracture surgery)	<input type="checkbox"/> Удаление третьего моляра (Third Molar Extraction)
<input type="checkbox"/> АКШ (CABG)	<input type="checkbox"/> Пластика грыжи (Hernia repair)	<input type="checkbox"/> Тонзиллэктомия (Tonsillectomy)
<input type="checkbox"/> Холецистэктомия (Cholecystectomy)	<input type="checkbox"/> Замена сустава (Joint replacement)	<input type="checkbox"/> Замена клапана (Valve replacement)
<input type="checkbox"/> Операция на толстой кишке (Colon surgery)	<input type="checkbox"/> Операция на простате (Prostate surgery)	<input type="checkbox"/> Вазэктомия (Vasectomy)
<input type="checkbox"/> Другое, пожалуйста объясните (Other, please explain.):		

СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ (отметьте все применимые заболевания и состояния):
(Family History)

Степень родства (Relationship)	Имя и фамилия (Name)	Не известно о проблемах (No Known Problems)	Употребление алкоголя/наркотиков (Alcohol/Drug Use)	Аллергии (Allergies)	Болезнь Альцгеймера (Alzheimer's Disease)	Анемия (Anemia)	Аутоиммунное заболевание (Autoimmune Disease)	Рак молочной железы (Breast Cancer)	Рак толстой кишки (Colon Cancer)	Рак (Cancer)	Депрессия (Depression)	Диабет (Diabetes)	Инфаркт миокарда (Heart Attack)	Высокий уровень холестерина (High Cholesterol)	Гипертензия (Hypertension)	Заболевание почек (Kidney Disease)	Заболевание печени (Liver Disease)	Заболевание легких (Lung Disease)	Инсульт (Stroke)	Внезапная смерть (Sudden Death)	Самоубийство (Suicide)	Заболевание щитовидной железы (Thyroid Disease)	Проблемы со зрением (Vision Problems)	Другое (Other)		
		Мать (Mother)																								
Отец (Father)																										
Сестра (Sister)																										
Брат (Brother)																										
Дочь (Daughter)																										
Сын (Son)																										
Тетя по материнской линии (Maternal Aunt)																										
Дядя по материнской линии (Maternal Uncle)																										
Тетя по отцовской линии (Paternal Aunt)																										
Дядя по отцовской линии (Paternal Uncle)																										
Бабушка по материнской линии (Maternal Grandmother)																										
Дедушка по материнской линии (Maternal Grandfather)																										
Бабушка по отцовской линии (Paternal Grandmother)																										
Дедушка по отцовской линии (Paternal Grandfather)																										
Другое (Other)																										

**УКАЖИТЕ ЛЮБОЙ ДРУГОЙ СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ НИЖЕ:
(LIST ANY OTHER FAMILY MEDICAL HISTORY BELOW)**

Болезнь или медицинская проблема: (Disease or medical problem)	Член семьи: (Family member)

Заполните для детей в возрасте от 8 до 12 лет: краткий скрининг SCARED (Ответы в отношении детей)

Я очень сильно пугаюсь без причины:
(I get really frightened for no reason at all)

- Совсем нет или практически никогда (Not true or Hardly ever true)
 В какой-то мере или иногда (Somewhat True or Sometimes True)
 Всегда или часто (Very True or Often True)

Я боюсь находиться один (-а) дома:
(I am afraid to be alone in the house)

- Совсем нет или практически никогда (Not true or Hardly ever true)
 В какой-то мере или иногда (Somewhat True or Sometimes True)
 Всегда или часто (Very True or Often True)

Люди говорят мне, что я слишком много беспокоюсь:
(People tell me that I worry too much)

- Совсем нет или практически никогда (Not true or Hardly ever true)
 В какой-то мере или иногда (Somewhat True or Sometimes True)
 Всегда или часто (Very True or Often True)

Я боюсь ходить в школу:
(I am scared to go to school)

- Совсем нет или практически никогда (Not true or Hardly ever true)
 В какой-то мере или иногда (Somewhat True or Sometimes True)
 Всегда или часто (Very True or Often True)

Я стесняюсь:
(I am shy)

- Совсем нет или практически никогда (Not true or Hardly ever true)
 В какой-то мере или иногда (Somewhat True or Sometimes True)
 Очень верно или часто верно (Very True or Often True)

**ОЦЕНКА РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
(TB RISK ASSESSMENT)**

Недавний близкий или продолжительный контакт с лицами, инфицированными туберкулезом (Recent close or prolonged contact with someone with infectious TB disease)	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)
Уроженец (-ка) мест с высокой распространенностью или недавнее путешествие в такие регионы (см. список стран в боковой части схемы) (Born in or recent traveler to high prevalence area (see flowsheet sidebar for country list)) (Born in or recent traveler to high prevalence area (see flowsheet sidebar for country list))	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)
Рентгенограммы грудной клетки показывают фиброзные изменения, указывающие на ранее перенесенный туберкулез или его неактивное состояние (Chest radiographs with fibrotic changes suggesting inactive or past TB)	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)
ВИЧ-инфекция (HIV infection)	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)
Получатель органа при трансплантации (Organ transplant recipient)	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)
Иммунодепрессия после применения преднизона (эквивалент > или <input type="checkbox"/> 15 мг/сут в течение > или <input type="checkbox"/> 1 месяца) или других иммунодепрессантов, таких как ингибиторы ФНО (Immunosuppression secondary to use of prednisone (equivalent of > or = to 15mg/day for > or = 1 month) or other immunosuppressive medication such as TNF -o antagonist)	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)
Лицо, употребляющее инъекционные наркотики (Injection drug user)	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)
Постоянно проживающее лицо или сотрудник в месте скопления лиц с высоким риском (например, тюрьма, учреждение долгосрочного ухода, больница, приют для бездомных) (Resident or employee of high-risk congregate setting (e.g., prison, long-term care facility, hospital, homeless shelter))	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)
Состояние здоровья, связанное с риском прогрессирования туберкулеза в случае инфицирования ним (например, сахарный диабет, силикоз, рак в области головы или шеи, болезнь Ходжкина, лейкемия и заболевание почек терминальной стадии, шунтирование тонкой кишки или гастрэктомия, синдром хронической мальабсорбции, низкая масса тела (ниже более чем на 10% от идеальной для данной популяции) (Medical condition associated with risk of progressing to TB disease if infected (e.g., diabetes mellitus, silicosis, cancer if head or neck, Hodgkin's Disease, leukemia, and end-stage renal disease, intestinal bypass or gastrectomy, chronic malabsorption syndrome, low body weight (10% or more below ideal for given population))	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)

Признаки/симптомы туберкулеза (Signs/Symptoms of TB)

Повышенная температура тела (Persistent fever)

Затяжной кашель (Cough lasting)

Необъяснимая потеря веса (Unexplained weight loss)

- Потеря аппетита (Loss of appetite) Постоянная потливость (Persistent Sweats) Хроническая усталость (Chronic fatigue)
 Озноб (Chills) Откашливание крови (Coughing up blood) Одышка (Shortness of breath) Боль в груди (Chest pain)
 Отсутствуют (None)

СОЦИАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ (ПОДГОТОВКА): Для родителя или опекуна (SOCIAL HISTORY (PRAPARE): For Parent or Caregiver)

Насколько трудно вам оплачивать самые базовые потребности, например, продукты питания, жилье, отопление, медицинское обслуживание и лекарства? (How hard is it for you to pay for the very basics like food, housing, heating, medical care, and medications?)

- Совсем не трудно (Not hard at all) Немного трудно (Somewhat hard) Очень трудно (Very hard) Не желаю отвечать (Decline)

Какова ваша ситуация с жильем на сегодня? (What is your living situation today?)

- У меня есть постоянное место жительства (I have a steady place to live)
 У меня сегодня есть место для проживания, но я беспокоюсь о том, что могу его потерять в будущем (I have a place to live today, but I am worried about losing it in the future)
 У меня нет постоянного места для проживания (я временно останавливаюсь у других людей, в отеле, приюте, живу на улице, на пляже, в машине.) (I do not have a steady place to live (I am temporarily staying with others, in a hotel, in a shelter, living outside on the streets, on the beach, in the car..))
 Не желаю отвечать (Decline)

Не повлияло ли отсутствие транспортных средств за последние 12 месяцев на возможность посещения вами медицинских приемов, встреч, работы или получения повседневных вещей? (In the past 12 months, has lack of transportation kept you from medical appointments, meeting, work or from getting things needed for daily living?)

(In the past 12 months, has lack of transportation kept you from medical appointments, meeting, work or from getting things needed for daily living?)

- Да, это помешало мне в посещении медицинских приемов или получении лекарств (Yes, it has kept me from medical appointments or getting medications)
 Да, это помешало мне в посещении не-медицинских встреч, приемов, работы или получении необходимых мне вещей. (Yes, it has kept me from non-medical meetings, appointments, work, or getting things that I need)
 Нет (No)
 Не желаю отвечать (Declined)

Как часто вы встречаетесь или разговариваете с людьми, которые вам не безразличны и с которыми вы ощущаете близость? (Например: разговариваете с друзьями по телефону, посещаете друзей или членов семьи, посещаете церковь или собрания в клубе) (How often do you see or talk to people that you care about and feel close to? (For example: talking to friends in the phone, visiting friends or family, going to church or club meetings))

- Менее одного раза в неделю (Less than once a week) 1-2 раза в неделю (1-2 times a week) 3-5 раз в неделю (3-5 times a week)
 5 и более раз в неделю 5 (5 or more times a week) Не желаю отвечать (Decline)

Ощущаете ли вы в последние дни стресс? (Do you feel these kinds of stress these days?)

- Ни в малейшей степени (Not at all) Совсем немного (A little bit) В некоторой степени (Somewhat)
 В значительной степени (Quite a bit) Очень сильно (Very much) Не желаю отвечать (Decline)

Работаете ли вы в настоящее время? (Are you currently employed?) Да (Yes) Нет (No) Не желаю отвечать (Decline)

Требуется ли вам помощь касательно любого из вышеперечисленных пунктов? (Would you like assistance with any of the above items?) Да (Yes) Нет (No)

Вид помощи (Type of assistance): Письменная информация (Written information) Свяжитесь со мной (Contact me)

В чем вам требуется помощь? (What do you want help with?)

- Медицинская грамотность (Health Literacy) Образование (Education) Финансовые трудности (Financial Strain) Жилье (Housing)
 Продукты питания (Food) Транспорт (Transportation) Коммунальные услуги (Utilities) Физическая активность (Physical Activities)
 Стресс (Stress) Одиночество (Isolation) Отношения (Relationship) Трудоустройство (Employment)

ПРИЕМ ЛЕКАРСТВ (MEDICATION)

(Укажите все принимаемые на данный момент лекарства: рецептурные и безрецептурные препараты, витамины и ингаляторы, а также укажите их дозировку). (List all current medications: prescribed, over-the-counter drugs, vitamins & inhalers and the dosage)

Лекарства (Medication)	Дозировка (Dosage)	Частота прием (Frequency)

НАХОДИТЕСЬ ЛИ ВЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ КАКИХ-ЛИБО ДРУГИХ ВРАЧЕЙ ИЛИ СПЕЦИАЛИСТОВ? (УКАЖИТЕ ВСЕХ ПРИМЕНИМЫХ ЛИЦ НИЖЕ)

Помощник врача: Заполните форму согласия на раскрытие медицинских записей для всех перечисленных ниже поставщиков медицинских услуг и добавьте их в медицинскую команду (Care Team) в Epic

**(ARE YOU CURRENTLY UNDER THE CARE OF ANY OTHER PHYSICIANS OR SPECIALISTS?)
(LIST ALL BELOW)**

Physician Assistant: Complete a Consent to Disclosure of Medical Records form for all health care providers listed below and add them to the Care Team in Epic

Имя и фамилия врача/название практики (Physician/Practice Name)	Специальность (Physician/Practice Name)	Адрес (Address)	Телефон (Phone)

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ
(DENTAL HISTORY)**

1. Возникали ли у вас проблемы с предыдущим стоматологическим лечением? (Have you had problems with prior dental treatment?)	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)
2. Дата последнего стоматологического осмотра: (Date of last dental exam)		
3. Проводили ли вам когда-либо медикаментозную подготовку перед стоматологическим лечением? Если да, почему? (Have you ever been pre-medicated for dental treatment? If yes, why?)	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)
4. Принимали ли вы бисфосфонаты? (Have you taken bisphosphonates?)	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)

**АЛЛЕРГИИ И РЕАКЦИИ
(ALLERGIES AND REACTIONS)**

Есть ли у вас аллергия на латекс? Если да, объясните, какая возникает реакция. (Are you allergic to Latex? If yes, please explain the reaction.)	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)
Есть ли у вас аллергия на местные анестетики? Если да, объясните, какая возникает реакция. (Are you allergic to local anesthetic? If yes, please explain the reaction.)	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)
Есть ли у вас аллергия на закись азота? Если да, объясните, какая возникает реакция. (Are you allergic to Nitrous oxide? If yes, please explain the reaction.)	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)

Имя и фамилия пациента/законного опекуна
(Patient / Legal Guardian Name)

Степень родства с пациентом, указанная в форме индивидуальной подписи
(например: пациент, родитель, опекун)
(Relationship to patient of Individual Signing Form
(example: patient, parent, guardian)

Подпись пациента/законного опекуна
(Patient / Legal Guardian Signature)

Дата
(Date)

ЗАЯВКА НА ПРОГРАММУ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛЫ ОПЛАТЫ (SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM APPLICATION: RUSSIAN)

Имя пациента: <i>Patient's Name:</i>	MRN:	Дата визита (месяц/число/год): <i>Today's Date (month/day/year)</i>
--	-------------	--

Вы должны предоставить подтверждение дохода каждого взрослого члена семьи: копия последней налоговой декларации, 2 последних зарплатных чека, последние выданные W2 и т. д. Вы должны предоставить документы в течение 10 дней с момента подачи заявки.

Имя и фамилия Name:	Отношение Relationship	Возраст Age	Сумма дохода Income Amount	# Рабочих часов (в неделю) # Hours Worked (per week)	Частота оплаты Pay Frequency
	сам пациент Self				<input type="checkbox"/> В час <input type="checkbox"/> Годовой доход
					<input type="checkbox"/> В час <input type="checkbox"/> Годовой доход
					<input type="checkbox"/> В час <input type="checkbox"/> Годовой доход
					<input type="checkbox"/> В час <input type="checkbox"/> Годовой доход
					<input type="checkbox"/> В час <input type="checkbox"/> Годовой доход
					<input type="checkbox"/> В час <input type="checkbox"/> Годовой доход
					<input type="checkbox"/> В час <input type="checkbox"/> Годовой доход
					<input type="checkbox"/> В час <input type="checkbox"/> Годовой доход

Есть ли у вас другие источники дохода, не указанные выше? Если да, укажите:
 (пособие по безработице, инвалидности, соцобеспечение, пенсии, госпомощь и т. д.) \$ _____
 (в месяц)

Общее количество человек в вашем домохозяйстве:
 (Включая вас, супруга/у, детей, родственников, на вашем иждивении, подлежащих налогообложению) _____

Настоящим я прошу медицинские центры Elisa определить мое право на участие в программе скользящей шкалы оплаты на основании предоставленной мною информации. Я понимаю, что если предоставленная мной информация окажется ложной, я буду нести ответственность за все услуги в полном объеме. Подписывая данное заявление, я подтверждаю, что предоставленная выше информация является правдивой и правильной, насколько мне известно. Я понимаю, что на мне лежит ответственность за информирование медицинских центров Elisa обо всех изменениях информации. В ином случае, оплата всех услуг в полном объеме будет возложена на меня.

Подпись пациента/опекуна: _____ **Дата:** _____
Patient/Legal Guardian Signature *Date:*

VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)

1. Household Income verified: Yes No (Patient will provide) No (Self-Declaration Form)

2. If "No," date documents due: _____ Date documents provided: _____

3. SFDP Level: Slide A (< 100%) Slide B (101 - 124%) Slide C (125 - 149%)
 Slide D (150 - 174%) Slide E (175 - 200%) Full Fee (> 200%)

4. SFDP Expires: _____

Verified by: _____ Date: _____

Social Care Referral: Yes No Date: _____

ФОРМА САМОДЕКЛАРАЦИИ ПРОГРАММЫ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛЫ ОПЛАТЫ (SLIDING FEE PROGRAM SELF-DECLARATION FORM: RUSSIAN)

Имя пациента (Patient's Name):	MRN:	Дата визита (месяц/число/год) (Today's Date):
---------------------------------------	-------------	---

Если у вас нет финансовой поддержки или документов, подтверждающих ваш доход, вы можете сообщить нам об этом, заполнив данную форму.

Чтобы самостоятельно подтвердить свой доход, выберите 1 из следующих вариантов и поставьте подпись внизу.

Я подтверждаю, что у меня нет другого способа подтвердить свой доход. Это происходит потому, что:

- Я получаю зарплату наличными. Я не получаю чеков/корешков о зарплате. (*I am paid in cash. I do not get paychecks/pay stubs.*)
- Я не могу предоставить никаких доказательств дохода, поскольку ни у меня, ни у других членов моей семьи нет никаких источников дохода. (*I am unable to provide any proof of income because neither I nor any other member of my household has any source of income.*)

Я подтверждаю, что у меня нет другого способа подтвердить свой доход. Я подтверждаю, что вышеуказанная информация является правдивой и правильной, насколько мне известно. Я понимаю, что если предоставленная мною информация окажется ложной, мне будет отказано в финансовой помощи, и я буду нести ответственность за предоставленные услуги и должен буду их оплатить.

Имя пациента/опекуна (печатными буквами)
Patient/Legal Guardian Name (Print)

Отношение лица, подписывающего форму, к пациенту (Например, пациент, родитель, опекун)
(Relationship to Patient of Individual Signing Form)

Подпись пациента/опекуна
(Patient/Legal Guardian Signature)

Дата (Date)

VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)

I certify that I asked the applicant/recipient about all the sources of income received by the household and, before using this form, used my best efforts to obtain other possible sources of documentation. The information reported on this form was provided solely by the applicant/recipient and reflects the income the applicant reported to me.

Employee's Signature: _____ Date: _____