

РЕГИСТРАЦИЯ ПАЦИЕНТА PATIENT REGISTRATION (RUSSIAN)

Сегодняшняя дата (месяц/день/год) (Date)		Предпочтительное имя (Preferred Name)	
Имя (First Name)		Фамилия (Last Name)	
Номер социального страхования (Social Security Number)		День рождения (месяц/день/год) (Day of Birth)	
Домашний адрес (Home Address)			
Город (City)		Штат (State)	Почтовый индекс (Zip Code)
Номер телефона (Phone Number)		Альтернативный номер телефона (Alternate Phone Number)	
Адрес электронной почты (Email Address)			

Законный пол (Legal Sex) Женский (Female) Мужской (Male) Небинарный (Nonbinary) Неизвестный (Unknown) X (X)

<p>Гендерная идентичность (Gender Identity)</p> <input type="checkbox"/> Женщина (Female) <input type="checkbox"/> Мужчина (Male) <input type="checkbox"/> Трансгендерный мужчина/транссексуал/из женщины в мужчину (Transgender Male/Trans Man/FTM) <input type="checkbox"/> трансгендерная женщина/из мужчины в женщину (Transgender Female/Trans Woman/MTF) <input type="checkbox"/> Небинарный/гендерквир (Non-Binary/Genderqueer) <input type="checkbox"/> под вопросом (Questioning) <input type="checkbox"/> два духа (Two Spirit) <input type="checkbox"/> Другое (Other) <input type="checkbox"/> Не хочу разглашать (Choose not to disclose)	<p>Сексуальная ориентация (Sexual Orientation)</p> <input type="checkbox"/> Натурал или гетеросексуал (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 еще (Something Else) <input type="checkbox"/> Не знаю (Don't Know) <input type="checkbox"/> Не хочу разглашать / Отказываюсь (Choose Not to Disclose / Decline)
--	--	---

Пол пациента при рождении (Patient's Sex Assigned at Birth) Женский (Female) Мужской (Male)
 Интерсекс (Intersex) Неизвестно (Unknown) Не зарегистрировано в свидетельстве о рождении (Not Recorded on Birth Certificate)
 Не хочу разглашать (Choose not to disclose)

Семейное положение (Marital Status) Не замужем/не женат (Single) Партнер (Partnered)
 Женат/замужем (Married) Разведен(а) (Divorced) Разлучен(а) (Separated) Вдовец/вдова (Widowed)

Какова ваша этническая принадлежность? (Ethnicity)

 Не испаноязычное, не латиноамериканское или не испанское происхождение (Not Hispanic, Latino/a or Spanish origin)
 Мексиканец (Mexican) Мексиканец-американец (Mexican American) Чикано (Chicano) Пуэрториканец (Puerto Rican)
 Кубинец (Cuban) Другие латиноамериканцы или испанцы (Other Hispanic, Latino/a or Spanish origin)
 Не сообщается / Не хочу разглашать этническую принадлежность (Unreported/Choose Not to Disclose Ethnicity)

Какова ваша раса или биологическое происхождение? (Отметьте все подходящие варианты) (Race or biological family background)

 американский индеец (American Indian) коренной житель Аляски (Alaska Native)
 чернокожий или афроамериканец (Black or African American) коренной гавайец (Native Hawaiian)
 житель других тихоокеанских островов (Other Pacific Islander) гуамец или чаморро (Guamanian or Chamorro)
 самоанец (Samoan) белый (White) азиат (Asian Indian) китаец (Chinese) филиппинец (Filipino)
 японец (Japanese) кореец (Korean) вьетнамец (Vietnamese) другой азиат (Other Asian)
 другая раса (Other Race) Неизвестно (Unknown) Не сообщается/Не хочу разглашать (Unreported/Choose Not to Disclose)

Контактная информация при чрезвычайных ситуациях (Emergency Contact)

Имя и Фамилия	
Номер телефона (Phone Number)	Отношение к пациенту (Relationship to Patient)

Контакты пациента (Patient Contacts)

Сведения о супруге, матери, отце, ухаживающем лице или опекуне: (Spouse, Mother, Father, Caregiver or Guardian info:)

Полное имя (Name) _____ **Дата рождения (DOB)** _____

Отношение к пациенту (Relationship to Patient) _____

Адрес (Address) _____ **Город (City)** _____ **Штат (State)** _____

Почтовый индекс (ZIP Code) _____

Номер телефона (Phone Number) _____

Вы хотите поделиться своей медицинской информацией? (Release Medical Information) Да (Yes) Нет (No)

Вы столкнулись с проблемой бездомности? (Homelessness Status)

Да (Yes) Нет (Не бездомный) (No, Not Homeless)

В настоящее время не бездомный (был за последние 12 месяцев) (Currently Not Homeless (was in the last 12 months))

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

Жизнь в приюте (приют для бездомных) (Living in Shelter (Homeless Shelter)) Временное жилье (Transitional Housing) Жизнь с другими (вдвоем) (Living with Others (Doubling Up)) Улица, лагерь, мост (Street, Camp, Bridge)

Бездомный – неизвестный приют (Homeless Unknown Shelter) Постоянное вспомогательное жилье (Permanent Supportive Housing)

Одноместный отель (Прочее) (Single Occupancy Hotel (Other)) В зоне риска бездомности (At Risk for Homelessness)

В группе риска бездомности (ребёнок) (At Risk for Homelessness (Child)) В группе риска бездомности (ветеран) (At Risk for Homelessness (Veteran))

Вы мигрант/сезонный рабочий? (Migrant/Seasonal Worker Status)

Мигрант (Migrant) Сезонный (Seasonal) Ни один (Neither)

Работа (Employment)

Статус занятости (Employment Status)

Работа на полную ставку (Full time) Работа на частичную ставку (Part time) Безработный (Unemployed)

Нужен устный переводчик? (Обведите один вариант) (Needs interpreter?)

Да (Yes) Нет (No)

Вы говорите по-английски? (Do you speak English?)

Да (Yes) Нет (No)

Предпочтительный язык (My preferred language is) _____

Владение английским (обведите один вариант) (English Fluency)

отлично (Excellent) очень хорошо (Very Good) хорошо (Good) плохо (Not Good) не очень хорошо (Not at All)

Предпочтительный письменный язык (Preferred Written Language)

Предпочтительный устный язык (Preferred Language Spoken)

Хотите получить помощь во время приема? (Would you like assistance during your appointment?)

Да, поддержка при плохом зрении или слепоте. (Yes, support for Low Vision or Blindness.)

Да, плохой слух. (Yes, Hard of hearing.)

Да, помощь в обеспечении мобильности (опишите) (Yes, Mobility Assistance (please describe) _____)

Да, другое (опишите) (Yes, other (please describe) _____)

Ветеран/военный статус (Veteran/Military Status)

Да, действующая служба (Yes, Active Duty) Нет, в прошлом (No, Previous History)

Дополнительные демографические данные (Additional Demographics)

Страна происхождения (Country of origin) _____

Удостоверение/водительские права (ID/Driver License) _____

Штат (State) _____ Дата окончания срока (Expiration Date) _____

Страховой Поручитель (Insurance Guarantor)

Для себя (Self)

Для детей - 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 он отличается от адреса пациента) (Address) _____

Город (City) _____ Штат(State) _____ Почтовый индекс (ZIP Code) _____

Отношение к пациенту (Relationship to Patient) _____

Общее количество людей в вашей семье (вы и ваш зависимый) (Total number of people in your household (you and your dependents)) _____

Каков доход вашего домохозяйства до уплаты налогов (What is your household income before taxes \$) _____

В месяц (Monthly) В год (Yearly) Не хочу разглашать (Choose Not to Disclose)

Какие местоимения вы используете? (What pronouns do you use?)

Она/Ее (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 (Ve/Vir/Virs)

Другое (Other) Имя пациента (Patient's Name) Неизвестно (Unknown) Отказываюсь отвечать (Decline to Answer)

Как вы хотите, чтобы мы с вами связались (How do you want us to contact you)**Предпочтительный способ связи (обведите один вариант) (Communication Preferences (Circle One))**

Как бы вы хотели, чтобы с вами связались для записи на прием (How would you like to be contacted for Appointments)	Телефон (Phone)	СМС (Text)	Эл. Почта (Email)	Почта (Mail)
Проблемы с выставлением счетов (Billing Issues)	Телефон (Phone)	СМС (Text)	Эл. Почта (Email)	Почта (Mail)
Медицинские вопросы/результаты (Healthcare Questions / Results)	Телефон (Phone)	СМС (Text)	Эл. Почта (Email)	Почта (Mail)
Сообщения от провайдера/врач (Messages from your provider)	Телефон (Phone)	СМС (Text)	Эл. Почта (Email)	Почта (Mail)

Страховка (Insurance)

Идентификационный номер участника программы Medicare (Medicare Member ID Number) _____

Дата вступления в силу (Effective Date) _____

Идентификационный номер участника программы Medicaid (Medicaid Member ID Number) _____

Дата вступления в силу (Effective Date) _____

1. Дайте регистратору свою страховую карту и удостоверение личности CA, чтобы скопировать для вашей таблицы
(Give receptionist your insurance card and CA ID to copy for your chart)

2. Подайте федеральную заявку на уровень бедности и подтверждение дохода для получения программы скидок
(если вы платите за обслуживание в клинике) (Turn in Federal poverty level application and proof of income for sliding scale (if self-pay))

3. Регистратор отсканирует ваши документы в вашу карту (Receptionist will scan your documents into your chart)

Название страховки (Anthem, Aetna, HealthNet, и т. д.) (Insurance Name (Anthem, Aetna, HealthNet, etc.)) _____

Идентификатор страхового члена (Insurance Member ID) _____

Имя подписчика/члена на карточке (Subscriber / Member Name on Card) _____

Дата рождения страхуемого лица (Subscriber DOB) _____

Дата вступления в силу (Effective Date) _____

Информация о страховой группе: (Insurance Group Info)

- Nivano
 River City Medical Group
 Partnership Health
 Hill Physicians
 Molina
 Прочее (Other) _____
(Название группы, т. е. Wellspace, One Community, CHCN, Kaiser ит.д.)

Под угрозой лжесвидетельства заявляю, что вышеизложенная информация, насколько мне известно, соответствует действительности и является правильной.

(I declare under penalty of perjury that the above information is true and correct to the best of my knowledge.)

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА (PATIENT SIGNATURE)

ДАТА (DATE)

Согласия и подтверждения

Лечение. Я даю согласие на лечение, которое будет предоставляться медицинскими работниками Elica Health Centers (ЕНС), а также их помощниками и другими сотрудниками. Насколько я понимаю, клиника подготовит и будет вести мою медицинскую карту и что я имею право получить копию своей медицинской карты, подписав форму разрешения на медицинскую карту, предоставленную клиникой для этой цели.

Инициалы: _____

Студенты/резиденты. Я понимаю, что ЕНС участвует в обучении студентов в области здравоохранения. Я могу отказаться от их участия в моем обслуживании в любой момент.

Инициалы: _____

Телемедицина. Я даю согласие на получение медицинской помощи по телефону, на телемедицинском портале или портале для пациентов, когда это необходимо по медицинским показаниям и клинически целесообразно для обмена медицинской информацией между мной и провайдером или между одним провайдером и другим провайдером.

Инициалы: _____

Назначение пособий. Я разрешаю выплату непосредственно ЕНС пособий, которые в противном случае выплачиваются мне, но такие выплаты не должны превышать стандартную стоимость ЕНС за эту услугу. Я понимаю, что я несу финансовую ответственность перед ЕНС за любые расходы, не покрытые моей страховкой, включая остаток моих расходов после применения любой скидки.

Инициалы: _____

Финансовое соглашение. Я соглашаюсь оплачивать все расходы, которые не подлежат оплате страховкой или третьей стороной. Я соглашаюсь соблюдать положения и условия Политики ЕНС в отношении расходов. Организация Elica Health Centers не является бесплатной клиникой, и неспособность выполнить ваши финансовые обязательства перед нами или согласиться с графиком платежей может привести к отказу в предоставлении вам наших услуг по финансовой причине. В соответствии с Политикой взыскания ЕНС, организация ЕНС может прекратить свои отношения с любым пациентом, который не соблюдает настоящее финансовое соглашение.

Инициалы: _____

Свободный выбор аптеки пациентом (в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения и социальных служб, Управления ресурсов и услуг США (HRSA) и штата Калифорния). Настоящим я признаю, что я свободен в выборе аптеки. Любая факсимильная или электронная передача моих рецептов должна осуществляться в аптеку или диспансер, который я выберу. Если я имею право на лекарства через бесплатную или дисконтную аптечную программу, я буду направлен(а) в конкретный диспансер или аптеку. Клиника Elica предлагает бесплатные лекарства или лекарства со скидкой в определенных аптеках, работающих по контракту. Если я решу не пользоваться услугами аптеки, с которой заключен контракт, я могу получить этот рецепт в другой аптеке по цене без скидки.

Инициалы: _____

Уведомление о порядке использования личной информации. Подписывая эту форму, я подтверждаю получение Уведомления о порядке использования личной информации клиники.

Инициалы: _____

Действительность согласия. Я понимаю, что это согласие будет действительным до тех пор, пока я являюсь пациентом или законным опекуном пациента Elica Health Centers. Я имею право отозвать свое согласие в любое время. Если я решу это сделать, я обязуюсь предоставить такой отзыв в клинику в письменном виде. Отзыв согласия будет применяться только после его получения, а не в отношении какой-либо информации, на которую я ранее дал(а) согласие.

Инициалы: _____

Фотографии. Я даю согласие на то, чтобы были сделаны фотографии меня или моего ребенка (или лица, для которого я являюсь законным опекуном). Я понимаю, что информация будет использоваться только для моей медицинской карты в целях идентификации.

Инициалы: _____

Центры здоровья Elica являются частью организации медицинского обслуживания, включающей участников OCHIN. В настоящее время список участников OCHIN доступен на сайте www.ochin.org. В качестве делового партнера медицинских центров Elica, OCHIN также занимается оценкой и улучшением качества от имени своих участников. Например, OCHIN координирует клинические обзоры от имени участвующих организаций, чтобы установить стандарты передовой практики и получить доступ к клиническим преимуществам, которые могут быть получены в результате использования систем электронных медицинских карт. OCHIN также помогает участникам работать совместно, чтобы улучшить управление внутренними и внешними направлениями пациентов. Ваша медицинская информация может быть передана клиниками здоровья Elica Health Centers другим участникам OCHIN, когда это необходимо для целей работы организации здравоохранения.

Инициалы: _____

Открытые платежи. База данных открытых платежей — это федеральный инструмент, используемый для поиска платежей, осуществляемых компаниями по производству лекарств и устройств врачам и учебным больницам. Ее можно найти по адресу <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

Инициалы: _____

ПОДПИСЫВАЯСЬ НИЖЕ, Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ, ПРЕДСТАВЛЕННАЯ В РЕГИСТРАЦИОННОЙ ФОРМЕ ПАЦИЕНТА, ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТОВЕРНОЙ И ПРАВИЛЬНОЙ, НАСКОЛЬКО МНЕ ИЗВЕСТНО, И ЧТО Я ПРОЧИТАЛ(А) РАЗДЕЛ СОГЛАСИЯ, ПОНЯЛ(А) И ПРИНИМАЮ ЕГО УСЛОВИЯ.

Имя пациента печатными буквами

Отношение к пациенту лица, подписывающего форму
(например, пациент, родитель, опекун)

Подпись пациента/опекуна

Дата

Свидетель (сотрудник клиники)
(Witness/Translator Signature)

Дата

Elica Health Centers (ЕНС) хочет сделать все возможное, чтобы защитить вашу личную медицинскую информацию. Сообщите ЕНС о том, как вы хотите поделиться информацией (HIPAA Authorization - Разрешение HIPAA). Эта анкета поможет нам узнать, какой информацией мы можем делиться с людьми из вашего окружения. Врачи из сферы психиатрии не сообщают/не будут сообщать пациентам об их лечении или уходе по электронной почте и/или с помощью текстовых сообщений.

Информация о пациенте			
Фамилия	Имя	Второе имя	Дата рождения:
Родитель/Опекун/Представитель #1 (если применимо):		Родитель/Опекун/Представитель #2 (если применимо):	

Сообщения: какой тип коммуникации вы предпочитаете и о чем мы можем вам сообщать			
	Тел.	СМС	Email/Portal
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"/>

Кто: с кем мы можем делиться/раскрывать информацию. Каждый блок - для разных людей.

Персона #1		Персона #2	
Имя:		Имя:	
Отношение:		Отношение:	
<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.	
Для офиса		Для офиса	
Effective Date:	Updated by:	Effective Date:	Updated by:
Revoke Date:	Updated by:	Revoke Date:	Updated by:
Персона #3		Персона #4	
Имя:		Имя:	
Отношение:		Отношение:	
<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.	
Для офиса		Для офиса	
Effective Date:	Updated by:	Effective Date:	Updated by:
Revoke Date:	Updated by:	Revoke Date:	Updated by:

Я хочу, чтобы НИКТО и НИ С КЕМ не делился информацией обо мне.

Подписывая эту форму, я подтверждаю получение уведомления Клиники о **правилах соблюдения конфиденциальности** и уполномочиваю медицинские центры Elica предоставлять информацию о моем здоровье перечисленным лицам, как указано выше.

Имя пациента	Отношение к подписавшему форму (например, пациент, родитель, опекун).
_____	_____
Подпись пациента/опекуна	Дата
_____	_____
Свидетель (сотрудник клиники)	Дата
_____	_____

Имя пациента:	Дата рождения
---------------	---------------

НАХОДИТЕСЬ ЛИ ВЫ СЕЙЧАС ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ ДРУГИХ ВРАЧЕЙ ИЛИ СПЕЦИАЛИСТОВ? (УКАЖИТЕ)

Имя врача/клиника	Специализация	Адрес	Тел.

У ВАС ЕСТЬ АЛЛЕРГИЯ НА ЧТО-НИБУДЬ ИЗ СЛЕДУЮЩЕГО?

Латекс Пеницилин Препараты Sulfa Нет

Перечислите все свои аллергические реакции:

МЕДИКАМЕНТЫ (ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕ РЕЦЕПТУРНЫЕ, БЕЗРЕЦЕПТУРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КОТОРЫЕ ВЫ ПРИНИМАЕТЕ И ДОЗИРОВКУ)		
Лекарство	Доза	Частота

МОЖЕТЕ ЛИ ВЫ ПРЕДОСТАВИТЬ КАРТУ ВАКЦИНАЦИИ РЕБЕНКА? ДА НЕТ

ГИНЕКОЛОГИЯ	
Заболевания, передающиеся половым путем?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
В каком возрасте началась менструация:	
Метод контрацепции:	
Дата последней менструации:	

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕ ПРОВОДИВШИЕСЯ ОПЕРАЦИИ	
<input type="checkbox"/> Не было операций	
Тип операции	Дата операции

СТОМАТОЛОГИЯ	
Вас направили в стоматологию?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Испытываете ли вы сейчас боль?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Были ли у вас проблемы, связанные со стоматологическим лечением?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вы принимаете или принимали бисфосфонаты (Fosamax)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вы принимаете Fen-Phen?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вам назначали предварительное лечение, необходимое для лечения зубов?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ОЦЕНКА РИСКА ТУБЕРКУЛЕЗА	
Имели тесный контакт с инфекционным туберкулезом или с кем-либо, кто побывал в тюрьме??	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Иммунодефицит, текущий или возможный (ВИЧ-инфекция, проведенная трансплантация органов и т.д.).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вы родились, путешествовали, жили в стране с повышенным уровнем туберкулеза по крайней мере 1 месяц? (за пределами США, Канады, Австралии, Новой Зеландии или стран Европы)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ: ОТМЕТЬТЕ ВСЕ БОЛЕЗНИ У ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ

Болезнь/проблема	X	Члены семьи	Болезнь/проблема	X	Члены семьи
Алкогольная зависимость			Гипохолестеринемия		
Болезнь Альцгеймера			Гипертоническое расстройство		
Анемия			Иммунодефицит		
Тревожное расстройство			Заболевание почек		
Астма			Проблемы с печенью		
Синдром дефицита внимания			Психическое расстройство		
Биполярное расстройство			Сердечный приступ		
Депрессивное расстройство			Ожирение		
Сахарный диабет			Паническое расстройство		
Поражение лёгких			Шизофрения		
Заболевания нервной системы			Судороги		
Болезнь щитовидной железы			Злоупотребление наркотиками		
Головные боли			Туберкулёз		
Болезни сердца			Язва		
Попытки самоубийства			Данных нет		

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЗ СЕМЕЙНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ:

Заболевания или мед.проблемы:	Члены семьи:

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ: ОТМЕТЬТЕ ВСЁ, ЧТО ИМЕЕТ К ВАМ ОТНОШЕНИЕ

Нет истории болезни

Заболевание/проблема	X	Заболевание/проблема	X	Заболевание/проблема	X
Синдром дефицита внимания		Хронические ушные инфекции		Болезнь лёгких	
Боль в животе		Депрессия		Проблемы мышц/суставов/костей	
Рефлюксная болезнь (ГЭРД)		Нарушения развития или поведения		Ожирение	
Акне		Диабет		Психиатрич./психич. заболевания	
Аллергия		Проблемы со слухом или ушами		Припадки/эпилепсия	
Анемия		Экзема		Проблемы с кожей	
Тревожное расстройство		Деформация стопы		Болезни щитовидной железы	
Астма		Желудочно-кишечные расстройства		Проблемы с мочеиспусканием	
Аутизм		Травма головы/сотрясение		Проблемы со зрением или глазами	
Врожден. или наследств. заболевания		Головные боли		Другое	
Проблемы мочевого пузыря/почек		Проблемы с сердцем			
Болезни крови		Гепатит/болезнь печени			
Рак		Грыжа			
Ветрянка		Высокий уровень холестерина			

КУРЕНИЕ

Вы когда-нибудь курили сигареты, электронные сигареты, вейп, кальян или другие табачные изделия?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Курит ли кто-то в вашем доме?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ЗАПОЛНИТЕ РАЗДЕЛ НИЖЕ, ЕСЛИ ВЫ КОГДА-ЛИБО КУРИЛИ:	
Ваш статус курильщика сигарет? (выберите одно) <input type="checkbox"/> Бывший курильщик <input type="checkbox"/> Курю каждый день <input type="checkbox"/> Курю иногда	Статус употребления других изделий? (выберите одно) <input type="checkbox"/> Бывший <input type="checkbox"/> Употребляю snuff <input type="checkbox"/> Употребляю жевательный табак <input type="checkbox"/> Употребляю порошок (moist powdered)
Сколько примерно вы купите? <input type="checkbox"/> 1 пачка в нед. <input type="checkbox"/> 2 пачки в нед. <input type="checkbox"/> ¼ пачки в день <input type="checkbox"/> ½ пачки в день <input type="checkbox"/> 1 пач. в день <input type="checkbox"/> 1 ½ пач. в день <input type="checkbox"/> 2 пач. в день <input type="checkbox"/> 3+ пач. в день	Жевательный табак? <input type="checkbox"/> 1 в день <input type="checkbox"/> 2-4 в день <input type="checkbox"/> 5+ в день
С какого возраста курите?	Э-сигареты/вейп? <input type="checkbox"/> Употреблял раньше <input type="checkbox"/> Употребляю сейчас
	Сколько лет употребляете табачные изделия?

АЛКОГОЛЬ

Вы употребляете алкогольные напитки?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Сколько раз в неделю?	
Сколько дней за прошедший год вы потребляли много алкоголя (4+ женщин, 5+ мужчин)?	

НАРКОТИКИ

Вы в настоящее время употребляете марихуану или другие рекреационные наркотики?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
У вас есть опыт употребления марихуаны или других наркотиков?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вы когда-нибудь использовали иглу для инъекций наркотиков?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

СОЦИАЛЬНАЯ ЖИЗНЬ

Город, штат, страна рождения:	
Место жительства (выберите одно) <input type="checkbox"/> Дом <input type="checkbox"/> Апартамент <input type="checkbox"/> Трейлер <input type="checkbox"/> Кондо <input type="checkbox"/> Другое:	Дом, в котором вы живете, построен до 1978 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
За вами ухаживают? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да – укажите имя и отношение:	Пострадали от животных? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, - от каких?
Occupation:	
Образование: <input type="checkbox"/> Меньше 8 классов <input type="checkbox"/> 8 классов <input type="checkbox"/> 9 классов <input type="checkbox"/> 10 классов <input type="checkbox"/> 11 классов <input type="checkbox"/> 12 классов <input type="checkbox"/> 2 года в колледже <input type="checkbox"/> 4 года в колледже <input type="checkbox"/> Выпускник ВУЗа	
Сколько детей проживает с вами: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9+	Вы беременны? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Пьете ли вы кофе? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> В меру <input type="checkbox"/> Много Сколько чашек в день?	
Озабочены ли вы удовлетворением основных потребностей (питание, жилье и т.д.)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вам приходилось (за прошедший год) бояться своего партнера или бывшего партнера?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> Не было партнера за прошедший год <input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать
Чувствуете ли вы себя физически и эмоционально в безопасности там, где вы сейчас живете?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать
За последний год вы провели более 2 ночей подряд в тюрьме, следственном изоляторе, исправительном учреждении?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать
Приемлемо ли переливание крови в экстренной ситуации?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если ли у вас Предварительная директива о медицинской помощи (Advance Directive)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Есть ли у вас социальные потребности, которые необходимо удовлетворить? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, то опишите, пожалуйста, ниже:	

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА/ОПЕКУНА

ДАТА