

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 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 _____ <input type="checkbox"/> Мы можем сообщить этому человеку всю вашу медицинскую информацию. <p 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 #2 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 _____ <input type="checkbox"/> Мы можем сообщить этому человеку всю вашу медицинскую информацию. <p 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 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 _____ <input type="checkbox"/> Мы можем сообщить этому человеку всю вашу медицинскую информацию. <p 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 #4 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 _____ <input type="checkbox"/> Мы можем сообщить этому человеку всю вашу медицинскую информацию. <p 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): _____.

_____ Дата

Подпись пациента / опекуна

Office Use Only	
Effective Date:	Updated By:

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА ИЛИ РЕБЕНКА ВОЗРАСТОМ СТАРШЕ 12 ЛЕТ
 (ADULT & PEDIATRIC AGE 12+ HEALTH HISTORY)**

Имя и фамилия пациента (Patient Name):	Дата рождения (Date of Birth):
---	---------------------------------------

Мы опрашиваем всех пациентов об их потребностях, касающихся репродуктивного здоровья.
 Скрининговые вопросы для определения намерений в отношении беременности
 (We ask everyone about their reproductive health needs. Pregnancy Intention Screening Questions)

Беременны ли вы в настоящий момент? (Are you currently pregnant?) Да (Yes) Нет (No)

Укажите дату первого дня последней менструации, если у вас была менструация. Дата: _____ Не применимо
 (What was the first day of your Last Menstrual Period, if menstruating?) (Date) (N/A)

Кормите ли вы грудью в настоящий момент? Да (Yes) Нет (No)
 (Are you currently breastfeeding?)

Хотите ли вы забеременеть? Да (Yes) Нет (No) Не уверена (Unsure) Мне подходят оба варианта (Ok either way) Не применимо (N/A)
 (Do you want to become Pregnant?)

Хотите ли вы сегодня поговорить о контрацепции или о предупреждении беременности? Да (Yes) Нет (No)
 (Do you want to talk about contraception or pregnancy prevention today?)

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

Аллергия на: (Allergic to)	Реакция: (Reaction)	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) Adult Violence (Victim)	<input type="checkbox"/> Депрессия (Depression)	<input type="checkbox"/> Заболевания печени (Liver disease)
<input type="checkbox"/> Насилие в детском возрасте (жертва) (Abuse as a child (victim))	<input type="checkbox"/> Сахарный диабет (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> Менингит (Meningitis)
<input type="checkbox"/> Аллергии (Allergies)	<input type="checkbox"/> Эмфизема/ХОБЛ (Emphysema/COPD)	<input type="checkbox"/> Инфаркт миокарда (Myocardial infarction)

<input type="checkbox"/> Анемия (Anemia)	<input type="checkbox"/> ГЭРБ (GERD)	<input type="checkbox"/> Заболевания нервов/мышц (Nerve/Muscle disease)
<input type="checkbox"/> Тревожность (Anxiety)	<input type="checkbox"/> Глаукома (Glaucoma)	<input type="checkbox"/> Остеопороз (Osteoporosis)
<input type="checkbox"/> Артрит / заболевание суставов (Arthritis / Joint disorder)	<input type="checkbox"/> Заболевания сердца (Heart disease)	<input type="checkbox"/> Эпилептические припадки (Seizures)
<input type="checkbox"/> Астма (Asthma)	<input type="checkbox"/> Сердечная недостаточность (Heart Failure)	<input type="checkbox"/> Серповидноклеточная анемия (Sickle cell anemia)
<input type="checkbox"/> Переливание крови (Blood Transfusion)	<input type="checkbox"/> Шум в сердце (Heart murmur)	<input type="checkbox"/> Язва желудка (Stomach ulcers)
<input type="checkbox"/> Рак (Cancer)	<input type="checkbox"/> ВИЧ/СПИД (HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/> Инсульт (Stroke)
<input type="checkbox"/> Катаракта (Cataracts)	<input type="checkbox"/> Гиперлипидемия (Hyperlipidemia)	<input type="checkbox"/> Злоупотребление алкоголем или наркотическими средствами (Substance abuse)
<input type="checkbox"/> Нарушение свертывания крови (Clotting disorder)	<input type="checkbox"/> Гипертензия (Hypertension)	<input type="checkbox"/> Туберкулез (TB disease)
<input type="checkbox"/> ХОБЛ (COPD)	<input type="checkbox"/> Заболевания почек (Kidney disease)	<input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы (Thyroid disease)

Другое, пожалуйста объясните (Other, please explain):

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ 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)

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 каких-либо 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)	Гипертония (Hypertension)	Заболевание почек (Kidney Disease)	Заболевание печени (Liver Disease)	Заболевание легких (Lung Disease)	Инсульт (Stroke)	Внезапная смерть (Sudden Death)	Самосубийство (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)

ПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА (TOBACCO USE)

Используете ли вы электронные сигареты или потребляете ли вы какие-либо вещества с помощью вейпов?

(Do you use E-Cigarettes or Vape any substances?)

- Никогда не использовал (-а) (Never used) Ранее использовал (-а), дата прекращения использования (Former user, quit date):
 Да- ежедневно (Yes- every day) Да- несколько дней (Yes- some days)

Если да, какое вещество? (If yes, what substance?)

- Никотин (Nicotine) Тетрагидроканнабиол (THC) (THC)

Каннабидиол (CBD) (CBD) Ароматизатор (Flavoring) Другое (Other): _____

Курите ли вы какие-либо табачные изделия? (сигареты, сигары и т.д.) (Do you smoke any tobacco products? (cigarettes, cigars, etc))

- Никогда не использовал (-а) (Never used) Ранее использовал (-а), дата прекращения использования (Former user, quit date): _____
 Да- ежедневно (Yes every day) Да- несколько дней (Yes some days)

Употребляете ли вы какие-либо бездымные табачные изделия? (жевательные, нюхательные, растворимые продукты и т.д.) (Do you use any smokeless tobacco? (chew, snuff, dissolvables, etc))

- Никогда не использовал (-а) (Never used) Ранее использовал (-а), дата прекращения использования (Former user, quit date): Да (Yes)

Подвергаетесь ли вы или подвергались ли вы в прошлом регулярному воздействию дыма? (Пассивное воздействие) (Are you, or have you been in the past, regularly exposed to smoke? (Passive exposure))

- Никогда (Never) В прошлом (Past) В настоящее время (Current)

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ (ALCOHOL INTAKE)

Употребляете ли вы алкогольные напитки? (Do you ever drink alcohol?)

- Да (Yes) Не в настоящий момент (Not currently) Нет (No)

Сколько порций в неделю и какие напитков? (How many drinks per week, and of what?) _____ порций в

неделю (drinks of)(per week)

УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ (DRUG USE)

В настоящее время (в течение последних 6 месяцев) употребляете ли вы какие-либо рекреационные наркотики? Do you currently (in the last 6 months) any recreational drugs?

- Да (Yes) Не в настоящий момент (Not currently) Нет (No)

Какие вещества вы принимаете? (Which drugs do you use?)

- Вейпинг (Vaping) Марихуана (Marijuana) Опиоиды (фентанил, кодеин, оксикодин, норкокакаин и т. д.) (Opioids (Fentanyl, Codeine, Oxy, Norco, etc)) Героин (Heroin) Метамфетамины (Methamphetamine) Амфетамины (Adderall) (Amphetamines (Adderall)) PCP (PCP)
 экстази (MDMA, Adderall) (Ecstasy) ЛСД (Acid) (LSD (Acid)) Кетамин (Ketamine) Мескалин (Peyote) (Mescaline (Peyote))
 Псилоцибин (галлюциногенные грибы, 'Shrooms') (Psilocybin (Magic Mushrooms, Shrooms)) Кокаин (Cocaine) Крэк (Crack)
 Закись азота (Nitrous Oxide) Вдыхание паров растворителей (Poppers и т. д.) (Solvent Inhalants (Poppers, etc))
 Барбитураты (Barbiturates) Бензодиазепины (ксанакс, ативан, клонипин) (Benzodiazepines (Xanax, Ativan, Klonopin))
 Внутривенные наркот ики (инъекционного применения) (IV use (Needle to inject drugs))
 Другое (Other): _____

ПОЛОВАЯ ЖИЗНЬ (SEXUAL ACTIVITY)

Активная половая жизнь (Sexually active): Да (Yes)

Не в настоящий момент (Not Currently)

Никогда (Never)

Противозачаточные средства / защита (Birth Control / Protection): Воздержание (Abstinence) Шеечный колпачок (Cervical Cap)

Презерватив (Condom) Диафрагма (Diaphragm) Метод вычисления "опасных дней" для зачатия (Fertility Awareness Method)

Гормональный пластырь (Hormonal Patch) Имплантат (Implant) Инъекции (Injection) Вставки (Inserts)

Внутриматочное средство (IUD) Внутриматочная спираль (IUS) Менопауза (Menopause)

Контрацептивные таблетки (Pill) Определение бесплодных периодов менструального цикла (Rhythm)

Спермицид (Spermicide) Губка (Sponge) Хирургия (Surgical) Вагинальное кольцо (Vaginal Ring)

Вазектомия (Vasectomy) Прерываемый половой акт (Withdrawal) Не применяю (None)

Партнеры (Couples): Мужского пола (Male) Женского пола (Female) Трансгендерная женщина /из мужчины в

женщину (Transgender Female/Male-to-Female) Тренсгендерный мужчина /из женщины в мужчину (Transgender Male / Female-to-Male)

Небинарный человек / гендерквир (Non-binary / genderqueer)

Неопределенного гендера (Questioning)

Другое (Other) Предпочитаю не отвечать (Choose not to disclose)

Комментарии (Comments): _____

АКУШЕРСКИЙ АНАМНЕЗ (ИСТОРИЯ ПРЕДЫДУЩИХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ) (HISTORIAL DE EMBARAZOS (OBSTÉTRICO))

Были ли вы когда-либо беременны? (Have you ever been pregnant?) Да (Yes) Нет (No) Не применимо (N/A)

Если да, сколько ВСЕГО раз вы были беременны? _____ (Кол-во беременностей)
(If yes, how many times TOTAL have you been pregnant?) (Gravida)

- Сколько детей вы родили? _____ (Кол-во родов)
(How many babies have you delivered?) (Para)
- Сколько детей родились доношенными? (37 недель и более) _____ (Срок)
(How many babies were full term? (37 weeks or more)) (Term)
- Сколько детей были недоношенными (менее 37 недель) _____ (Преждевременные роды)
(How many babies were premature (less than 37 weeks)) (Preterm)

- Сколько у вас ныне живущих детей? _____ (Ныне живущие дети)
(How many babies were premature (less than 37 weeks)) (Preterm)
- Сколько у вас было выкидышей? _____ (Самопроизвольные выкидыши)
(How many miscarriages have you had?) (SAB)
- Сколько вы сделали аборт(ов)? _____ (Искусственное прерывание беременности)
(How many abortions have you had?) (IAB)

Были ли у вас когда-нибудь осложнения при беременности или родах? _____
(Have you ever had any pregnancy or birth complications?)

КОНТРОЛЬ (AUDIT)

1. Как часто вы употребляете алкогольные напитки?
(How often do you have a drink containing alcohol?)

(0) Никогда [Переходите к вопросам 9-10]

(Never [Skip to Qs 9-10])

(1) Раз в месяц или реже

(Monthly or less)

(2) 2-4 раза в месяц

(2 to 4 times a month)

(3) 2-3 раза в неделю

(2 to 3 times a week)

(4) 4 и более раз в неделю

(4 or more times a week)

6. Как часто в течение последнего года вам нужно было выпить утром, чтобы вернуться к нормальной жизни после значительного употребления алкоголя?
(How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session?)

(0) Никогда

(Never)

(1) Реже чем раз в месяц

(Less than Monthly)

(2) Раз в месяц

(Monthly)

(3) Раз в неделю

(Weekly)

(4) Ежедневно или почти ежедневно

(Daily or almost daily)

2. Сколько напитков, содержащих алкоголь, вы пьете в свой обычный день?
(How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?)

(0) Никогда [переходите к вопросам 9-10]

(Never [Skip to Qs 9-10])

(1) Раз в месяц или реже

(Monthly or less)

(2) 2-4 раза в месяц

(2 to 4 times a month)

(3) 2-3 раза в неделю

(2 to 3 times a week)

(4) 4 и более раз в неделю

(4 or more times a week)

7. Как часто в течение последнего года вы испытывали чувство вины или угрызения совести после употребления алкоголя?
(How often during the last year, have you had a feeling of guilt or remorse after drinking?)

(0) Никогда

(Never)

(1) Реже чем раз в месяц

(Less than Monthly)

(2) Раз в месяц

(Monthly)

(3) Раз в неделю

(Weekly)

(4) Ежедневно или почти ежедневно

(Daily or almost daily)

<p>3. Как часто Вы употребляете шесть и более напитков за один раз? (How often do you have six or more drinks on one occasion?)</p> <p>(0) Никогда [переходите к вопросам 9-10] (Never [Skip to Qs 9-10])</p> <p>(1) Раз в месяц или реже (Monthly or less)</p> <p>(2) 2-4 раза в месяц (2 to 4 times a month)</p> <p>(3) 2-3 раза в неделю (2 to 3 times a week)</p> <p>(4) 4 и более раз в неделю (4 or more times a week)</p>	<p>8. Как часто в течение последнего года вы не могли вспомнить, что произошло накануне вечером из-за того, что вы были пьяны? (How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session?)</p> <p>(0) Никогда (Never)</p> <p>(1) Реже чем раз в месяц (Less than Monthly)</p> <p>(2) Раз в месяц (Monthly)</p> <p>(3) Раз в неделю (Weekly)</p> <p>(4) Ежедневно или почти ежедневно (Daily or almost daily)</p>
<p>4. Как часто в течение последнего года вы обнаруживали, что не могли прекратить пить после того, как начали? (How often during the last year, have you been unable to remember what happened the night before because you had been drinking?)</p> <p>(0) Никогда (Never)</p> <p>(1) Реже чем раз в месяц (Less than Monthly)</p> <p>(2) Раз в месяц (Monthly)</p> <p>(3) Раз в неделю (Weekly)</p> <p>(4) Ежедневно или почти ежедневно (Daily or almost daily)</p>	<p>9. Получали ли вы или кто-либо другой травмы в результате употребления вами алкоголя? (Have you or someone else been injured as a result of your drinking?)</p> <p>(0) Нет (No)</p> <p>(1) Да, но не в течение последнего года (Yes, but not in the last year)</p> <p>(2) Да, в течение последнего года (Yes, but during the last year)</p>
<p>5. Как часто в течение последнего года вы не смогли сделать то, что обычно ожидалось от вас, из-за употребления алкоголя? (How often during the last year, have you failed to do what was normally expected from you because of drinking?)</p> <p>(0) Никогда (Never)</p> <p>(1) Реже чем раз в месяц (Less than Monthly)</p> <p>(2) Раз в месяц (Monthly)</p> <p>(3) Раз в неделю (Weekly)</p> <p>(4) Ежедневно или почти ежедневно (Daily or almost daily)</p>	<p>10. Был ли родственник, друг, врач или другой медицинский работник обеспокоен вашим употреблением алкоголя, или рекомендовали ли они вам сократить его употребление? (Has a relative or friend or a doctor or another health worker been concerned about your drinking or suggested you cut down?)</p> <p>(0) Нет (No)</p> <p>(1) Да, но не в течение последнего года (Yes, but not in the last year)</p> <p>(2) Да, в течение последнего года (Yes, but during the last year)</p>

СКРИНИНГ НА УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ (DAST)

Эти вопросы касаются последних 12 месяцев. (These questions refer to the past 12 months.)

<p>1. Употребляли ли вы когда-либо наркотические средства, не требующиеся вам по медицинским показаниям? (Have you used drugs other than those required for medical reasons?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Да (Yes)</p>	<p><input type="checkbox"/> Нет (No)</p>
<p>2. Употребляете ли вы более одного наркотического средства на данный момент? (Do you abuse more than one drug at the time?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Да (Yes)</p>	<p><input type="checkbox"/> Нет (No)</p>
<p>3. Всегда ли вы способны прекратить употребление наркотиков, когда это необходимо? (Если никогда не употреблял наркотики, ответьте «Да».) (Are you always able to stop using drugs when you want to? (If never used drugs, answer "Yes.")</p>	<p><input type="checkbox"/> Да (Yes)</p>	<p><input type="checkbox"/> Нет (No)</p>

4. Были ли у вас «отключки» или «флэшбэки» в результате приема наркотических средств? (Have you had "blackouts" or "flashbacks" as a result of drugs?)	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)
5. Чувствовали ли вы когда-нибудь себя плохо или испытывали чувство вины в связи с употреблением наркотиков? Если никогда не употребляете наркотики, выберите «Нет». (Do you ever feel bad or guilty about your drug use? If never use drugs, choose "No.")	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)
6. Жаловался ли когда-либо ваш (-а) супруг (-а) (или родители) на то, что вы принимаете наркотики? (Does your spouse (or parents) ever complain about your involvement with drugs?)	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)
7. Пренебрегали ли вы когда-либо своими семейными обязанностями из-за употребления наркотиков? (Have you neglected your family because of your use of drugs?)	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)
8. Участвовали ли вы когда-либо в незаконных действиях с целью получения наркотиков? (Have you engaged in illegal activities in order to obtain drugs?)	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)
9. Возникали ли у вас когда-либо симптомы абстинентного синдрома (вы чувствовали себя плохо), когда прекращали употребление наркотиков? (Have you ever experienced withdrawal symptoms (feel sick) when you stopped using drugs?)	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)
10. Возникали ли у вас медицинские проблемы в результате употребления наркотиков (например, потеря памяти, гепатит, судороги, кровотечения и т.д.)? (Have you had medical problems as a result of your drug use (e.g., memory loss, hepatitis, convulsions, bleeding, etc.)?)	<input type="checkbox"/> Да (Yes)	<input type="checkbox"/> Нет (No)

PHQ-9

Как часто вас беспокоили следующие проблемы за последние две недели? (Over the last two weeks, how often have you been bothered by the following problems?)	Ни в малейшей степени и (Not at all)	Несколько дней (Several Days)	Более половины дней (More than half the days)	Почти каждый день (Nearly every day)
Незначительный интерес или удовольствие от занятий (Little interest or pleasure in doing things)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Плохое самочувствие, угнетенное состояние или ощущение безнадежности (Feeling down, depressed, or hopeless)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Проблемы с засыпанием или поддержанием сна или избыточный сон (Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ощущение усталости или нехватка энергии (Feeling tired or having little energy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Слабый аппетит или переедание (Poor appetite or overeating)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Чувство стыда за себя или ощущения себя неудачником или же, что вы подвели себя или свою семью (Feeling bad about yourself - or that you are a failure or have let yourself or your family down)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Проблемы с концентрацией внимания, например, при чтении газеты или просмотре телевидения (Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Настолько медленная речь или движения, что другие это замечали? Или наоборот — суетливость или беспокойство, от чего вы двигались намного больше, чем обычно (Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite - being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мысли о том, что вам было бы лучше умереть или о том, чтобы причинить себе вред каким-либо способом (Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если вы отметили какие-либо проблемы, насколько они усложняют вам возможность выполнения вашей работы, домашних дел или мешают общению другими людьми? (If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GAD-7

Как часто вас беспокоили следующие проблемы за последние две недели? (Over the last two weeks, how often have you been bothered by the following problems?)	Ни в малейшей степени (Not at all)	Несколько дней (Several Days)	Более половины дней (More than half the days)	Почти каждый день (Nearly every day)

1. Ощущение нервозности, беспокойства или пребывания «на пределе» (Feeling nervous, anxious, or on edge)	0	1	2	3
2. Неспособность прекратить или контролировать беспокойство (Not being able to stop or control worrying)	0	1	2	3
3. Излишнее беспокойство о различных вещах (Worrying too much about different things)	0	1	2	3
4. Сложно расслабиться (Trouble relaxing)	0	1	2	3
5. Беспокойство, не позволяющее усидеть на одном месте (Being so restless that it is hard to sit still)	0	1	2	3
6. Легко возникающее недовольство или раздражительность (Becoming easily annoyed or irritable)	0	1	2	3
7. Страх того, что может произойти что-то ужасное (Feeling afraid, as if something awful might happen)	0	1	2	3

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 - α 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 of 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) <input type="checkbox"/> Повышенная температура тела (Persistent fever) <input type="checkbox"/> Затяжной кашель (Cough lasting) <input type="checkbox"/> Потеря аппетита (Loss of appetite) <input type="checkbox"/> Постоянная потливость (Persistent Sweats) <input type="checkbox"/> Необъяснимая потеря веса (Unexplained weight loss) <input type="checkbox"/> Озноб (Chills) <input type="checkbox"/> Хроническая усталость (Chronic fatigue) <input type="checkbox"/> Откашливание крови (Coughing up blood) <input type="checkbox"/> Одышка (Shortness of breath) <input type="checkbox"/> Боль в груди (Chest pain) <input type="checkbox"/> Отсутствуют (None)		

СОЦИАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ (ПОДГОТОВКА) (SOCIAL HISTORY (PRAPARE))

Какой класс или год обучения вы закончили в школе? (What is the highest grade or year of school you completed?)

- Никогда не посещал (-а) школу или только посещал (-а) детский сад (Never attended school or only attended kindergarten) с 1 по 8 классы (начальная школа) (Grades 1 through 8 (Elementary))
- с 9 по 11 классы (несколько классов средней школы) (Grades 9 through 11 (Some high school))
- 12-й класс или GED (выпускник (-ца) средней школы, аттестат окончания или альтернативная аккредитация) (Grade 12 or GED (High school graduate, diploma, or alternative credential))
- Колледж от 1 года до 3 лет (неполное образование в колледже, диплом младшего специалиста, торговое училище, ремесленное училище) (College 1 year to 3 years (Some college, Associate's degree, trade, vocational school))
- Колледж 4 года или более (выпускник колледжа) (College 4 years or more (College Graduate)) Не желаю отвечать (Declined)

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)

Asistente médico: Complete un formulario de divulgación del expediente médico para todos los proveedores médicos enumerados a continuación y agregue a Equipo de atención en 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)

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:

Patient/Legal Guardian Signature

Дата: _____
Date:

VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)

- Household Income verified: Yes No (Patient will provide) No (Self-Declaration Form)
- If "No," date documents due: . Date documents provided: .
- SFDP Level: Slide A (< 100%) Slide B (101 - 124%) Slide C (125 - 149%)
 Slide D (150 - 174%) Slide E (175 - 200%) Full Fee (> 200%)
- 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 пациент (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: