

НОВАЯ РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА ПАЦИЕНТА

(пожалуйста напечатайте)

PATIENT DEMOGRAPHIC INFORMATION			
Имя Пациента: Фамилия:		Номер Social Security:	Дата рождения: / /
Предпочтительное Имя:	Девичья фамилия		Пол при рождении: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
Физический адрес улицы:	Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Почтовый адрес: <input type="checkbox"/> То же, что и выше		Семейное положение: <input type="checkbox"/> Женат <input type="checkbox"/> Холост <input type="checkbox"/> Разведен <input type="checkbox"/> Живу отдельно <input type="checkbox"/> Вдовец	
Адрес электронной почты: <input type="checkbox"/> @gmail.com <input type="checkbox"/> @hotmail.com <input type="checkbox"/> @yahoo.com <input type="checkbox"/> @live.com	Основной номер телефона, на который можно оставлять сообщения: () <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый телефон <input type="checkbox"/> Другой	Дополнительный номер телефона, на который можно оставлять сообщения: () <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый телефон <input type="checkbox"/> Другой	
Предпочтительная аптека:		Аптечная улица и город:	
Есть ли у пациента проблемы с: <input type="checkbox"/> Зрением <input type="checkbox"/> Слухом <input type="checkbox"/> Чтением <input type="checkbox"/> Говорением Объясните для любых выбранных полей:			

ТОЛЬКО ДЕТИ И/ИЛИ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ПАЦИЕНТЫ ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЯХ/ЗАКОННЫХ ОПЕКУНАХ

Указанные лица должны быть законными родителями и/или законными опекунами. Юридическая документация требуется, если указанные лица не являются родителями-опекунами или если законные права родителя были прекращены.

Имя:	Номер телефона:	Дата рождения:
Тип отношений: <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Законный опекун (приложить юридические документы)	Адрес: <input type="checkbox"/> То же, что и дочерний	
Имя:	Номер телефона:	Дата рождения:
Тип отношений: <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Законный опекун (приложить юридические документы)	Адрес: <input type="checkbox"/> То же, что и дочерний	

ЛИЦО (ЛИЦА), КОТОРОЕ МОЖЕТ БЫТЬ УВЕДОМЛЕНО В СЛУЧАЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ КРОМЕ РОДИТЕЛЯ/ЗАКОННОГО ОПЕКУНА

Это не дает лицу (лицам), указанному в перечне, полномочий сопровождать несовершеннолетнего на прием или получать доступ к медицинским записям.

Имя:	Номер телефона:	Relationship to Patient :
Имя:	Номер телефона:	Relationship to Patient :
Имя:	Номер телефона:	Relationship to Patient :

By participating in certain federal programs we are required to request the following information.

All questions must be answered.

Раса

Пожалуйста, отметьте все, что относится

Белый Черный/афро-африканский
 Американский индеец/Америка
 Уроженец Аляски Азиатский индеец

Китайский Филиппинский

Японский Корейский

вьетнамский другой азиатский

Уроженец Гавайских островов
 Житель других тихоокеанских островов
 Гуамский или Самоанский

Этническая принадлежность

Мексиканец, американец мексиканского происхождения, чикано/о
 Пуэрто-Рико

кубинский
 Другое латиноамериканское или испанское происхождение

Не латиноамериканец, латиноамериканец или испанец по происхождению
 Выберите не раскрывать

Основной язык:

Английский

испанский

Русский

украинский

Другое: _____

Высший уровень образования:

Еще не в школе
 Дошкольное учреждение/детский сад

Начальная школа
 Средняя школа
 Средняя школа (в настоящее время)
 Выпускник средней школы/GED
 Не закончил среднюю школу

Техническая/торговая школа
 Какой-то колледж
 Выпускник колледжа

Рабочий статус :

Полная занятость
 Частичная занятость
 Сезонно
 Н/Д

Государственное жилье:

Собственный/Аренда
 Бездомный/Уличный
 Удвоение

Приют
 Временный корпус

Гендерная идентичность

Мужской
 Женский

Трансгендерный мужчина (женщина-мужчина)
 Трансгендерная женщина (мужчина-женщина)
 Гендерно нейтральный
 Отказ от указания

Гендерная идентичность

Мужской
 Женский

Трансгендерный мужчина (женщина-мужчина)
 Трансгендерная женщина (мужчина-женщина)
 Гендерно нейтральный

Гендерная идентичность

Государственное жилье:

Проживаете ли вы в настоящее время в государственном (доходном) жилье?:

ДА НЕТ

Вы ветеран?

ДА НЕТ

ДОХОД СТАТУС

Количество человек в семье: _____

Расчетный годовой доход семьи: \$10,000 or below \$10,001-\$20,000 \$20,001-\$30,000 \$30,001-\$40,000
 \$40,001-\$50,000 \$50,001-\$60,000 \$60,001-\$70,000 \$70,001-\$80,000 \$80,001-\$90,000 \$90,001-\$100,000

СОГЛАСИЯ И СОГЛАШЕНИЯ

Согласие на лечение

Подписываясь ниже, я даю согласие для себя/моего подопечного на получение любого лечения, которое сочтет необходимым лечащий врач. КТЧ предоставляет услуги независимо от религии, расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, возраста, пола, количества беременностей или семейного положения. Подписываясь ниже, я также даю согласие на лечение себя/моего подопечного поставщиками стоматологических услуг КТЧ и/или студентами школы стоматологии UMKC и SFCC, когда или если будут предоставляться стоматологические услуги. Кроме того, услуги по Разделу X предоставляются исключительно на добровольной основе, и согласие на получение услуг по планированию семьи не является обязательным условием для права на получение каких-либо других услуг.

Инициал: _____

Квитанция о получении внешней истории рецептов:

Подписываясь ниже, я даю согласие КТЧ на просмотр моей внешней истории рецептов через нашу систему электронных медицинских карт (eClinical Works). Это позволит моему провайдеру получать информацию о лекарствах, которые я принимаю, чтобы свести к минимуму побочные реакции на лекарства.

Принимая это, вы понимаете, что история назначений от нескольких независимых медицинских поставщиков, страховых компаний и аптек может быть просмотрена вашим поставщиком и уполномоченным персоналом. Это согласие остается в силе до того дня, когда вы отзовете свое согласие в письменной форме. Если вы решите отозвать это согласие, это не повлияет на ваше лечение.

Инициал: _____

Согласие и соглашение для портала пациентов:

Мы стремимся защищать вашу личную медицинскую информацию в соответствии с законом. Подписываясь ниже, вы просите нас зарегистрировать вашу электронную почту на нашем портале для пациентов (Healow). Подписываясь ниже, вы также подтверждаете, что прочитали, полностью поняли, согласны и осведомлены о рисках и преимуществах, связанных с онлайн-общением через портал для пациентов. Вы соглашаетесь соблюдать политику, изложенную КТЧ, а также любые другие инструкции или рекомендации, которые могут быть навязаны для онлайн-коммуникаций.

Инициал: _____

Подписываясь ниже, я подтверждаю, что я заполнил информацию в этом пакете, насколько мне известно. Подписываясь ниже и ставя инициалы в приведенных выше строках, я подтверждаю, что прочитал и понял приведенную выше информацию..

подпись: _____ **дата:** _____

НАПЕЧАТАННОЕ ИМЯ: _____

Отношение к пациенту: _____

СТРАХОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ			
<i>Пожалуйста, предоставьте копии ВСЕХ страховых карт</i>			
Первичное медицинское страхование	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> BCBS/Anthem <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Другие коммерческие: _____:		
	Имя подписчика:	Дата рождения подписчика:	Телефон абонента:
	подписчика SSN:	Адрес подписчика:	Отношение абонента к пациенту:
Вторичная медицинская страховка (если это применимо)	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> BCBS/Anthem <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Другие коммерческие: _____:		
	Имя подписчика:	Дата рождения подписчика:	Телефон абонента:
	подписчика SSN:	Адрес подписчика:	Отношение абонента к пациенту:

ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВАНИИ СТОМАТОЛОГИИ			
<i>Пожалуйста, предоставьте копии ВСЕХ страховых карт</i>			
Первичное стоматологическое страхование	Название страховки:		
	Имя подписчика:	Дата рождения подписчика:	Телефон абонента:
	подписчика SSN:	Адрес подписчика:	Отношение абонента к пациенту:
Вторичная стоматологическая страховка (если это применимо)	Название страховки:		
	Имя подписчика:	Дата рождения подписчика:	Телефон абонента:
	подписчика SSN:	Адрес подписчика:	Отношение абонента к пациенту:

Форма согласия пациента HIPAA

В нашем Уведомлении о соблюдении конфиденциальности содержится информация о том, как мы можем использовать или раскрывать Защищенная медицинская информация (PHI).

Уведомление содержит раздел о правах пациента, описывающий ваши права в соответствии с законом. Вы подтверждаете своей подписью, что ознакомились с нашим уведомлением, прежде чем подписывать настоящее согласие. Условия уведомления могут измениться, и в этом случае вы будете уведомлены при следующем посещении, чтобы обновить свою подпись/дату.

Вы имеете право ограничить использование и разглашение вашей PHI для лечения, оплаты или медицинских операций. Мы не обязаны соглашаться с этим ограничением, но если мы это сделаем, мы будем соблюдать это соглашение. Закон HIPAA (Закон о переносимости и подотчетности медицинского страхования от 1996 г.) разрешает использование информации для лечения, оплаты или медицинских операций.

Подписывая эту форму, вы даете согласие на использование и раскрытие вашей PHI и потенциально анонимное использование в публикации. Вы имеете право отозвать это согласие в письменной форме, подписанной вами. Однако такой отзыв не будет иметь обратной силы.

Подписывая эту форму, я понимаю, что:

- PHI может быть раскрыта или использована для лечения, оплаты или медицинских операций.
- Практика оставляет за собой право изменять политику конфиденциальности, как это разрешено законом.
- Практика имеет право ограничивать использование информации, но практика не обязана соглашаться с этими ограничениями.
- Пациент имеет право отозвать это согласие в письменной форме в любое время, и в этом случае всякое раскрытие информации будет прекращено.
- Практика может обусловить получение лечения исполнением настоящего согласия..

Ниже перечислите лиц, которым вы даете согласие на то, чтобы КТЧН делился вашими медицинскими и стоматологическими документами:

Имя:	Отношение:	Телефон #:

ПОДПИСЬ: _____ **дата:** _____

НАПЕЧАТАННОЕ ИМЯ: _____

Отношение к пациенту: _____

Кэти Трейл Общественное Здоровье Финансовая информация пациента

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ ДЛЯ НАШИХ ПАЦИЕНТОВ - ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ

- Наша программа скользящих скидков предназначена для того, чтобы помочь вам оплачивать медицинские, стоматологические и психиатрические услуги, предоставляемые КТЧН. Если вы хотите подать заявку на участие в нашей программе скидков на скользящую плату, обратитесь на стойку регистрации для подачи заявки на программу скользящей платы или запросите встречу с нашим координатором программы скидков на скользящую плату. Вы должны заполнить заявление и предоставить подтверждение дохода для подтверждения скидки на скользящую плату до любого назначения, к которому вы хотели бы применить скользящую плату.
- Ваш ребенок может иметь право на участие в программе Medicaid, поэтому, пожалуйста, попросите о встрече с одним из наших координаторов по уходу, чтобы изучить этот вариант.
- Ваш платеж сегодня может быть произведен наличными, чеком или кредитной/дебетовой картой. Ваша минимальная доплата должна быть внесена во время регистрации, иначе ваша встреча будет перенесена. Единственным исключением будет случай, когда ваше медицинское/стоматологическое состояние считается неотложным, что будет определено нашей сортировочной медсестрой/координатором стоматолога в соответствии с рекомендациями, установленными нашим главным врачом/стоматологом.
- Если вы участвуете в сети медицинского страхования, Кэти Трейл с удовольствием подаст заявление о страховании от вашего имени. Вы несете ответственность за уплату остатка любых сборов за услуги, не покрываемые вашим планом страхования, после получения счета или в соответствии с вашим планом платежей. Если вы предвидите необходимость финансовой помощи для оплаты этого остатка; вы должны заполнить заявку на скользящую плату и предоставить подтверждение дохода до момента оказания услуги, чтобы получить сертификат на скользящую плату в это время.
- Если вы не участвуете в сети медицинского страхования и ваш доход превышает 200% прожиточного минимума, за услуги, которые вы получаете сегодня, потребуются залог в размере 130 долларов США. **Вы также получите счет за любые сборы, превышающие ваш депозит.** Если плата за медицинские услуги будет меньше вашего депозита, разница будет вам возвращена. Вы несете ответственность за оплату остатка любых сборов за услуги после получения счета или в соответствии с вашим планом платежей. **Инициал:** _____

Кэти Трейл твердо убеждена, что хорошие отношения между врачом и пациентом основаны на понимании и хорошем общении. Вышеуказанная информация была предоставлена во избежание недоразумений. Вопросы о финансовых договоренностях следует направлять в наш отдел выставления счетов по телефону 1-877-733-5824 доб. 1156. Подписываясь ниже в качестве пациента или другого представителя пациента, вы подтверждаете, что прочитали этот лист финансовой информации пациента и согласны с изложенными условиями.

Подпись пациента или ответственного лица

Дата

Свидетель

Дата

Права пациента

В Katy Trail Community Health мы стремимся предоставить вам медицинский дом в центре для пациентов (PCMН). Медицинский дом, ориентированный на пациента, не является местом жительства и не меняет место жительства. Вместо этого медицинский дом — это место, где вы получаете медицинскую помощь и посещаете своего лечащего врача (PCP). PCP может быть врачом, практикующей медсестрой или стоматологом. Ваш основной лечащий врач возглавляет группу лиц в организации, которые, как команда по уходу, несут ответственность за постоянный уход за каждым пациентом. Вы и ваша семья являетесь неотъемлемой частью команды по уходу. Как пациент, вы имеете определенные права. Понимание этих прав поможет вам получить наилучший уход. Вы имеете право:

Получать сострадательный и уважительный уход независимо от возраста, пола, расы, национального происхождения, религии, инвалидности или инфекционного заболевания.

Персональный поставщик — каждый пациент имеет постоянные отношения с поставщиком первичной медико-санитарной помощи (PCP), который будет оказывать полный и непрерывный уход..

Комплексное медицинское обслуживание — PCMН отвечает за удовлетворение большинства потребностей каждого пациента в лечении физического и психического здоровья, включая профилактику и оздоровление, неотложную и хроническую помощь. Вы имеете право получить полную информацию о своем диагнозе, лечении и шансах на выздоровление словами, которые вы можете понять. Эта информация должна включать конкретное лечение, медицинские риски, преимущества, побочные эффекты.

Комплексная стоматологическая помощь — PCMН отвечает за удовлетворение большинства потребностей каждого пациента в уходе за полостью рта, включая профилактику, оздоровление и неотложную помощь. Вы имеете право получить полную информацию о своем диагнозе, лечении и шансах на выздоровление словами, которые вы можете понять. Эта информация должна включать конкретное лечение, медицинские риски, преимущества, побочные эффекты..

Медицинская практика, управляемая поставщиком медицинских услуг — PCP возглавляет группу лиц в рамках организации, которые, как группа по уходу, несут ответственность за текущий уход за каждым пациентом. В вашу команду по уходу входят ваш лечащий врач, фельдшер, LPN, консультант по поведенческому здоровью, координатор по уходу и куратор. Команда по уходу будет поддерживать пациента в самоконтроле своего здоровья и достижения целей в области здравоохранения..

Стоматологическая практика, управляемая поставщиком медицинских услуг — основной лечащий врач возглавляет группу лиц в рамках организации, которые, как команда по уходу, несут ответственность за постоянный уход за каждым пациентом. В вашу команду по уходу входят ваш лечащий врач, гигиенист, ассистент стоматолога, ассистент стоматолога с расширенными функциями, консультант по поведенческому здоровью и координатор по уходу. Команда по уходу будет поддерживать пациента в самостоятельном управлении своим здоровьем полости рта и целях ухода за полостью рта. Whole Person Orientation — the PCP is responsible for providing for the entire patient's healthcare needs and takes responsibility for appropriately arranging care with other qualified professionals as needed.

Потребности в области поведенческого здоровья — PCMН нанимает или заключает контракты с консультантами ВН и психиатрами. Ваш основной лечащий врач может направить вас к психиатру для лечения хронических заболеваний или психиатрической помощи.

Медицинская помощь координируется — PCMН координирует медицинскую помощь во всех областях системы здравоохранения, включая специализированную помощь, больницы, медицинскую помощь на дому, а также услуги и поддержку по месту жительства. Такая координация особенно важна во время перехода между местами оказания помощи, например, когда пациентов выписывают из больницы.

Доступные услуги — PCMН предоставляет услуги, которые легко получить и с более коротким временем ожидания для неотложных нужд, лучшими часами личного присутствия и круглосуточным доступом по телефону к члену группы по уходу. Номер телефона в нерабочее время: 660-851-7765.

Качество и безопасность — PCMН нацелены на повышение качества медицинской помощи, используя доказательную медицину и инструменты принятия клинических решений, чтобы помочь поставщикам услуг, пациентам и семьям

принимать решения. Пациенты всегда будут иметь право отказаться от рекомендованного лечения в той степени, в которой это разрешено законом, и получить информацию о том, что произойдет с вами с медицинской точки зрения, если это будет ваш выбор. Выразить в устной или письменной форме любые жалобы или рекомендации относительно наших услуг. Вы можете подать жалобу или недовольство в письменной форме на нашем основном сайте по телефону 821 Westwood, Sedalia, MO 65301 или позвонив на наш основной сайт по телефону 877-733-5824.

- Конфиденциальность. Вы имеете право на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность всех ваших записей, касающихся вашего лечения, за исключением случаев, когда это требуется по закону или при оплате третьей стороной. Ваша медицинская и стоматологическая карта может быть прочитана только лицами, непосредственно участвующими в вашем лечении или надзирающими за ним, следящими за качеством вашего лечения или уполномоченными законом или нормативными актами. Вы имеете право на доступ к информации, содержащейся в вашей медицинской карте, в рамках закона и политики учреждения. Пожалуйста, обратитесь к Уведомлению КТСН о конфиденциальности для получения дополнительной информации о ваших правах на конфиденциальность.

Обязанности пациента

Уход, который вы получаете, частично зависит от вашего сотрудничества с поставщиками медицинских услуг, включая открытое и честное общение, соблюдение планов лечения и соблюдение стандартов поведения в учреждении. Как пациент Katy Trail Community Health, вы несете ответственность за:

1. Соблюдение всех правил учреждения, размещенных внутри и/или за пределами клинического учреждения. Уважать и учитывать других людей, сотрудников, собственность других лиц и собственность Katy Trail Community Health.

2. Информирование нас о любых изменениях в следующем:

Имя, адрес, номер(а) телефона, страховая информация, доход и размер семьи

3. Предоставление точной и полной информации о текущих симптомах, истории болезни, госпитализациях, лекарствах, уходе, полученном вне практики, информации о самообслуживании, предварительных указаниях и любых других вопросах, связанных с уходом. Following instructions that you and your care team have agreed upon. Follow through on goals for self-management of your health.

4. Задавать вопросы о вашем лечении, которые вы можете не понимать или о которых у вас есть вопросы, включая риски, связанные с процедурами, исходами и стоимостью лечения. Knowing what medications or drugs you are taking, why you are taking them, and the proper way to take them according to your PCP's instructions.

5. Соблюдать запланированные встречи, приходить вовремя на запланированные встречи и звонить не менее чем за 4 часа, чтобы отменить встречу, если вы не можете прийти на запланированную встречу. КТСН оставляет за собой право прекратить обслуживание пациентов, которые не явились на прием более трех раз в течение 12 месяцев.

- a. **МЕДИЦИНА:** Новые пациенты должны прибыть за 30 минут до назначенного времени. Пожалуйста, сообщите нам об отмене записи не менее чем за 4 часа. После пропуска четырех визитов к врачу/психологу в течение календарного года пациенту необходимо будет проходить все последующие приемы через сортировочную медсестру. Пациенты могут быть удалены из списка после того, как напишут письмо, в котором будут указаны шаги, которые они предпримут, чтобы гарантировать, что будущие встречи не будут пропущены.
- b. **СТОМАТОЛОГ:** Новые пациенты должны прибыть за 30 минут до назначенного времени. **Если вы опаздываете на прием к стоматологу более чем на 10 минут**, он переносится на другое время. Пожалуйста, сообщите нам по крайней мере за 24 часа до отмены записи. После пропуска двух визитов к стоматологу пациент должен будет соответствовать одному из следующих критериев: Подождать шесть (6

месяцев, чтобы записаться на прием, написать поставщику услуг письмо с просьбой о повторном посещении, встретиться с координатором по уходу, чтобы обсудить барьеры для ухода.

6. Посещение и присмотр за детьми в учреждении.

7. Позвонить в аптеку, чтобы запросить пополнение рецепта за 1 неделю до того, как у вас закончится рецепт. В случае авторизации провайдером КТСН ваш запрос будет выполнен в течение 72 рабочих часов.

8. Своевременная оплата счетов и сборов в соответствии с финансовой политикой.

Я ознакомился и понял права и обязанности пациентов Katy Trail Community Health, и мне была предоставлена возможность получить копию для моего личного дела.

ПОДПИСЬ

Дата