

Бланк регистрации пациента

Patient Registration Form

Фамилия _____ Имя _____ Второй инициал _____
Last Name First Name MI

Также известным как/предыдущая(ие) фамилия(и) _____
AKA (Also Known As) / Previous Last Name(s)

Номер социального страхования _____ - _____ Дата рождения ____ / ____ / ____ Пол: Муж. жен.
Social Security # Date of Birth Gender Male Female

Семейное положение женат/замужем не состоит в браке разведен(а) в состоянии развода
Marital Status Married Single Divorced Legally Separated

вдовец/вдова есть спутник жизни
Widowed Life Partner

Домашний адрес _____
Home Address

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____
City State Zip Code

Дом. телефон(_____) _____ Моб. телефон(_____) _____
Home Phone Cell Phone

Альтернативный номер телефона(_____) _____ Информация об альтернативном номере телефона
Alternate Phone Alternate Phone Info

Адрес эл. почты _____
E-Mail

Предпочтительный способ общения для пациента/родственников: Дом. телефон моб. телефон альт. телефон
Patient/Family Preferred Method of Communication Home Phone Cell Phone Alt Phone

эл. почта СМС
E-Mail Text

Лечащий врач/педиатр _____
Primary Care Physician/Pediatrician

Если пациент врача-педиатра, просьба указать братьев или сестер _____
If pediatric patient, please list siblings

Раса: белая Негроидная, или афроамериканская Американские индейцы или представители коренного
Race White Black or African American American Indian or Alaska Native
 Азиатская Уроженцы островов Тихого Океана или представители коренных народов Гавайев Другая раса – просим
Asian Pacific Islander or Native Hawaiian Other Race – Please Print

Этническая группа: Испанское, испаноговорящее или латиноамериканское происхождение
Ethnicity Hispanic or Latino or Spanish Origin
 Не испанское, испаноговорящее или латиноамериканское происхождение
Not Hispanic or Latino or Spanish Origin
 Иное/неизвестно - просим указать, если иное
Other/Unknown – Please Print if Other

Предпочтительный язык Если не английский, просим написать _____
Language Preference: If other than English- Please Print

Есть ли у вас проблемы со слухом или зрением, при которых вам требуется помощь для успешного общения?
Do you have a Hearing or Vision Impairment that requires assistance for Effective Communication?

Если да, просьба подчеркнуть нужное(ые): Зрение Слух
If yes, Please check appropriate item(s) Vision Hearing

Работодатель пациента _____
Patient's Employer

Адрес _____
Address

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____
City State Zip Code

Номер раб. телефона(_____) _____ доп. _____
Work Phone Number Ext

Лицо, несущее финансовую ответственность за счет после получения страховой суммы (заполнить только в том случае, если пациент не несет ответственности)

Person Financially Responsible for Bill after Insurance Payment is received (Complete only if Patient is not responsible)

Являетесь ли вы поручителем пациента? Законным опекуном?
Are you the patients Guarantor? Legal Guardian?

ФИ поручителя/законного опекуна _____ Номер социального страхования _____ - _____
Guarantor/Legal Guardian Name Social Security #

Кем приходится пациенту поручитель/законный опекун: Супруг(а) Ребенок-иждивенец Учащийся
Patient's Relationship to Guarantor/Legal Guardian Spouse Dependent Child Student

Дата рождения: ____/____/____ Другое – просьба указать
Date of Birth Other – Please Print

Домашний адрес поручителя/законного опекуна _____
Guarantor/Legal Guardian Home Address

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____
City State Zip Code

Дом.телефон (____) _____ моб.телефон (____) _____ Номер раб.телефона (____) _____
Home Phone Cell Phone Work Phone

Название и адрес работодателя поручителя/законного опекуна _____
Guarantor/Legal Guardian Employer Name & Address

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____
City State Zip Code

Контактное лицо в чрезвычайных ситуациях: кому звонить в чрезвычайной ситуации

Emergency Contact - Who to call in the event of an Emergency

1. ФИ _____ кем приходится _____
Name Relationship

Номер мобильного/беспроводного телефона (____) _____ Номер рабочего телефона (____) _____
Cell/Hm Phone # Work Phone #

2. ФИ _____ кем приходится _____
Name Relationship

Номер мобильного/беспроводного телефона (____) _____ Номер рабочего телефона (____) _____
Cell/Hm Phone # Work Phone #

Ваш визит связан с полученной на работе травмой или автокатастрофой? Да Нет
Is your visit due to a job related injury or automobile accident? Yes No

Разработан ли у вас предварительный план мер по уходу? (заблаговременное распоряжение, распоряжение пациента, доверенность на право представлять интересы больного) Да Нет
Do you have an Advance Care Plan? (Advance Directive, Living Will, Medical Power of Attorney) Yes No

Есть ли у пациента страховой полис? Да Нет
Does the patient have insurance? Yes No

Информация об основном страховании - просим заполнить ниже, если пациент не является держателем основного страхового полиса

Primary Insurance Information - Please complete the below information if the patient is not the Policy Holder for the Primary Insurance

Название плана _____
Plan Name

ФИ застрахованного лица _____ Пол: Муж. жен.
Policy Holder's Name Gender Male Female

Номер застрахованного лица _____ - _____ - _____ Дата рождения застрахованного лица ____/____/____
Policy Holder's # Policy Holder's Date of Birth

Информация о вторичном страховании - просим заполнить ниже, если пациент не является держателем вторичного страхового полиса

Secondary Insurance Information - Please complete the below information if the patient is not the Policy Holder for the Secondary Insurance

Название плана _____
Plan Name

ФИ застрахованного лица _____ Пол: Муж. жен.
Policy Holder's Name Gender Male Female

Номер застрахованного лица _____ - _____ - _____ Дата рождения застрахованного лица ____/____/____
Policy Holder's # Policy Holder's Date of Birth

Имя пациента/поручителя печатными буквами _____
Patient/Guarantor Printed Name

Подпись пациента/поручителя _____ Дата ____/____/____
Patient/Guarantor Signature Date