

РЕГИСТРАЦИЯ И СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Пожалуйста, помогите нам служить вам и нашему сообществу, предоставив ответы на вопросы ниже. Некоторая предоставленная информация используется для получения грантовых фондов, которые помогают незастрахованным и недостаточно застрахованным людям в нашем сообществе. Ваши ответы останутся конфиденциальными.

Имя Name		Фамилия Last Name		Номер социального страхования SSN	
Предпочтительное имя Preferred Name		Дата рождения DOB		Можно отправлять вам сообщения? Texting? ☐ Да Yes ☐ Нет No	
юридический пол Legal Sex		гендерная идентичность: Gender Identity		пол, присвоенный при рождении: Sex at Birth	
☐ Женский Female ☐ Мужской Male ☐ Не знаю Unknown ☐ Интерсекс Intersex ☐ гендерквир Non-Binary		☐ Женский Female ☐ Мужской Male ☐ гендерквир Non-Binary ☐ другой Other ☐ Гендерквир-Небинарность Genderqueer ☐ Two Spirit		☐ Мужской Male ☐ Женский Female Какие ваши местоимения? Pronouns? ☐ Он/Его/Ему He/Him ☐ Она/Ее/Ей She/Her ☐ Они/Их/ИМ They/Them ☐ Прочие Other: ____	
Какая у вас сексуальная ориентация? Sexual Orientation				Вам нужны услуги переводчика? Interpreter?	
☐ гетеросексуальный Straight ☐ квир Queer ☐ другой Other: _____ ☐ гей Gay ☐ Омнисексуал Omnisexual ☐ Не знаю Don't Know ☐ исексуал Bisexual ☐ бесполой Asexual ☐ НЕ ЖЕЛАЮ ОТВЕЧАТЬ Decline to state ☐ Лесбиянка Lesbian ☐ Пансексуал Pansexual				☐ Да Yes ☐ Нет No Вы инвалиды? Disabled? ☐ Да Yes ☐ Нет No	
Адрес Address		Город, Штат City, State		Почтовый индекс Zip Code	
Графство County		Домашний телефон Home Phone		Work Phone	
Мобильный телефон Mobile Phone		Адрес электронной почты Email			
Контактное лицо для экстренных случаев (пожалуйста, напечатайте «нет» ниже, если у вас нет контактного лица для экстренных случаев): Emerg. Contact					
Имя (Имя и фамилия) Name (First and Last)			Отношение к пациенту Relation		Домашний телефон Phone Number
Для пациентов младше 18 лет информация о родителе или законном опекуне (Это лицо будет указано как лицо, принимающее решение, и ответственная финансовая сторона):					
Имя (Имя и фамилия) Name (First and Last)		Дата рождения DOB		Отношение к пациенту Relation	
Домашний телефон Phone Number					
Семейное положение: Marital Status		Считаете ли вы себя латиноамериканцем? Ethnicity			
☐ Женатый Married ☐ не состоит в браке Single ☐ Разведенный Divorced ☐ гражданский партнёр Domestic Partner ☐ вдова/вдовец Widowed ☐ Юридически отделены Legally Separated ☐ Не знаю Don't Know ☐ партнерстве Significant Other ☐ другой Other		☐ мексиканец или мексикано-американец Mexican, Mexican American ☐ Множественное латиноамериканское происхождение Multiple Hispanic, Latino/a, or Spanish Origins ☐ Другое испанское происхождение Another Hispanic, Latino/a, or Spanish Origin ☐ Пуэрториканец Puerto Rican ☐ Кубинский Cuban ☐ НЕ ЖЕЛАЮ ОТВЕЧАТЬ Decline to State ☐ Не знаю Don't Know ☐ Нет не испаноговорящий Not Hispanic			
Основной язык: Preferred Language		Раса/этническая принадлежность: Race			
		☐ Коренной житель Аляски Alaskan Native ☐ Белый White ☐ Филиппинский Filipino ☐ Американский индеец American Indian ☐ Корейский Korean ☐ Самоанский Samoan ☐ Азиатский индеец Asian Indian ☐ Вьетнамский Viet ☐ Другие азиаты Other Asian ☐ Китайский Chinese ☐ Японский Japanese ☐ Коренной Гаваец Native Hawaiian ☐ Чернокожий/африканский американец Black/African American ☐ Гуамская Guamanian/Chamorro ☐ Другие тихоокеанские островитяне Pacific Islld. ☐ Не знаю Don't Know ☐ НЕ ЖЕЛАЮ ОТВЕЧАТЬ Decline			
Вы ветеран? Veteran?					
☐ действительной службы Active Duty ☐ недействующей службы Inactive Duty ☐ зарезервированный Reservist ☐ ветеран Veteran ☐ Нет No					
Где вы сейчас живете?		Вы сезонный сельскохозяйственный рабочий/мигрант?			
☐ Дом/ Квартира Home ☐ Укрытие Shelter ☐ Переходное жилье Transitional House ☐ На улице/ в автомобиле Street/Car ☐ С друзьями/ семьей With Friends/Family ☐ другой Other		☐ Мигрант сельскохозяйственный рабочий: Моя основная работа — сельское хозяйство, и я переезжаю, чтобы найти работу Migrant Agricultural Worker ☐ Сезонный сельскохозяйственный работник: моя основная работа – сельское хозяйство, и я не работаю круглый год Seasonal Agricultural Worker			
Эта информация важна для нашего финансирования как федерально квалифицированного медицинского центра и помогает нам лучше обслуживать наших пациентов:					
Сколько человек в вашей семье?					
Какой ваш семейный ежемесячный доход?					

РЕГИСТРАЦИЯ И СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Пожалуйста, помогите нам служить вам и нашему сообществу, предоставив ответы на вопросы ниже. Некоторая предоставленная информация используется для получения грантовых фондов, которые помогают незастрахованным и недостаточно застрахованным людям в нашем сообществе. Ваши ответы останутся конфиденциальными.

СОГЛАШАЕТСЯ

Чтобы предоставить лечение, выставить счет по страховке или предоставить информацию, требуемую вашей страховой компанией, и т. д., мы должны получить ваше согласие, поставив инициалы указанных областей и поставив вашу подпись ниже.

- Initial **Назначение льгот:** Я передаю CommuniCare+OLE (CCOLE) все льготы, на которые я могу иметь право от Medicare, Medicaid, других государственных учреждений, страховых компаний и других третьих лиц, которые несут финансовую ответственность за медицинскую помощь и лечение, предоставляемые CCOLE.
- Initial **Согласие на выставление счета:** Я понимаю, что несу финансовую ответственность за все оставшиеся суммы, связанные с предоставленными услугами, включая, помимо прочего, франшизы, доплаты, любые внесетевые расходы и/или сборы, не покрываемые моим страховым планом.
- Initial **Согласие на лечение:** Я разрешаю CCOLE и его медицинскому, сестринскому и другому профессиональному персоналу предоставлять такие медицинские услуги и проводить такие диагностические и терапевтические процедуры и лечение, которые, по мнению медицинского персонала CCOLE, считаются необходимыми или целесообразными для моего ухода. Это включает в себя все обычные диагностические тесты и процедуры, включая диагностический рентген, введение и/или инъекцию фармацевтических продуктов и лекарств, а также забор крови для лабораторного исследования. Я понимаю, что мне не было предоставлено никаких гарантий относительно результатов или эффективности лечения или обследований, выполненных персоналом CCOLE.
- Initial **Согласие на телемедицину:** Бенефициары имеют право на доступ к покрываемым услугам через телемедицину, что включает использование аудио, видео или других электронных коммуникаций для взаимодействия с пациентами, консультаций с медицинскими работниками и/или рассмотрения медицинской информации с целью диагностики, терапии, последующего наблюдения и/или обучения. Во время телемедицинского визита могут обсуждаться детали моей медицинской истории и личной информации о здоровье с другими медицинскими специалистами, используя интерактивные видео, аудио и телекоммуникационные технологии. Кроме того, может проводиться физический осмотр, а также могут быть сделаны видео-, аудио- и/или фото записи. Законы, защищающие конфиденциальность информации о здоровье и уходе, также применяются к телемедицине. Я понимаю, что телемедицинские визиты являются добровольными, и мое согласие может быть отозвано в любое время. Я признаю, что могут быть ограничения или риски, связанные с получением услуг через телемедицину по сравнению с визитом в клинику, включая, но не ограничиваясь, возможные проблемы с подключением, ограниченную возможность проведения комплексного физического осмотра или немедленного вмешательства и т.д. Я разрешаю CCOLE и его медицинскому, сестринскому и иному профессиональному персоналу предоставлять телемедицинские услуги, если это целесообразно в моем случае.
- Initial **Согласие пациента на электронное назначение и приглашение на веб-портал:** Я согласен с тем, что CCOLE может выписывать мои рецепты по электронной почте, а также может запрашивать и использовать мою историю рецептов лекарств у своих поставщиков медицинских услуг или сторонних плательщиков фармацевтических льгот в целях лечения. Кроме того, если я укажу адрес электронной почты, я понимаю, что CCOLE отправит мне приглашение присоединиться к веб-порталу, и я получу копию Пользовательского соглашения с порталом для пациентов.
- Initial **Фотографирование и/или запись видео/аудио:** Я даю согласие на фото-, аудио- или видеозапись клиники CCOLE и ее медицинским, сестринским и другим профессиональным персоналом. Я понимаю, что эти фотографии предназначены для идентификации, документирования процессов диагностики и/или лечения. Я признаю, что эти фото/аудио/видеозаписи используются для оказания медицинской помощи, повышения качества, образования и/или возмещения расходов.

подтверждения

Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации: Я подтверждаю, что мне была предоставлена копия Уведомления о порядке использования конфиденциальной информации CCOLE, в котором описаны мои права и то, как моя информация может использоваться для лечения, выставления счетов и операций. Подписываясь ниже, я подтверждаю, что я знаю, что это уведомление доступно онлайн на сайте www.communicationreole.org, и что я могу получить копию, запросив ее у любого сотрудника отдела регистрации CCOLE.

Подтверждение пациента: Я подтверждаю получение уведомления о том, что в соответствии с федеральным законом, касающимся работы медицинских центров, Федеральный закон о деликтных исках (FTCA) предоставляет исключительное средство правовой защиты от ущерба от телесных повреждений, включая смерть, в результате выполнения медицинских, хирургических, стоматологических или связанных с ними функций в рамках любого волонтера клиники или медицинского работника, которого Министерство здравоохранения и социальных служб сочло сотрудником государственной службы Служба здравоохранения. (См. Закон об общественном здравоохранении, подраздел 224(q), кодифицированный в 42 U.S.C. § 233(q)).

База данных Open Payments: База данных Open Payments — это федеральный инструмент, используемый для поиска платежей, сделанных компаниями-производителями лекарств и устройств врачам и учебным больницам. Его можно найти в <https://openpaymentsdata.cms.gov>. Я подтверждаю, что CCOLE уведомил меня об Открытой платежной базе данных.

Политика неявки: «Неявка» относится к пациенту, который пропустил прием без отмены/переноса с уведомлением не менее чем за 24 часа по телефону, portalу, текстовым сообщениям или лично. Чтобы удовлетворить значительное количество людей, ожидающих приема, я признаю, что если я «не явлюсь» на три (3) приема в течение 6-месячного периода, мне может быть отказано в записи на запланированные приемы и, возможно, мне придется приходить только без предварительной записи в течение шести месяцев.

Политика опозданий: Я признаю, что если я опаздываю на прием более чем на 5 минут, мне, возможно, придется подождать, чтобы меня увидели при следующем доступном открытии. Обратите внимание: хотя мы приложим все усилия, чтобы увидеть вас, мы не можем гарантировать, что запись на прием будет доступна. Вы можете перенести прием, если не можете ждать.

Транспортная помощь: Я понимаю, что транспорт для бенефициаров Medi-Cal доступен для личных посещений, если у меня возникли проблемы с поездкой на прием и обратно.

Подписи

имя (имя и фамилия) : _____ Дата : _____

Подпись пациента : _____ Дата : _____

Имя законного опекуна (if applicable): _____ Отношение к пациенту : _____

Подпись опекуна : _____ Домашний телефон : _____