

FORMULARZ REJESTRACYJNY
EDWARD-ELMHURST HEALTH
WPISAĆ WYRAŹNIE WSZYSTKIE INFORMACJE DRUKOWANYMI LITERAMI

INFORMACJE DLA PACJENTA

Oficjalne imię i nazwisko pacjenta _____ **Data urodz.** _____

Czy adres w Pana/Pani dowodzie jest aktualny? Tak Nie Jeśli nie, wprowadzić poniżej aktualny adres

Aktualny adres

_____ Kod pocztowy

Telefon do domu (_____) _____

Telefon do pracy (_____) _____

Telefon komórkowy (_____) _____

Adres e-mail _____

Płeć

- Mężczyzna
 Kobieta

Stan cywilny

- Wolny
 Żonaty/zamężna
 Rozwiedziony/a
 Wdowa/wdowiec
 W separacji

Narodowość

- Hiszpan lub Latynos
 Ani Hiszpan, ani Latynos
 Wolę nie odpowiadać

(Rządy stanowe i lokalne mogą wykorzystywać te dane, aby pomóc w planowaniu programów dwujęzycznych dla osób pochodzenia hiszpańskiego i administrowaniu nimi.)

Preferowany język _____

Rasa

- Biała/kaukaska
 Osoba czarnoskóra lub Afroamerykanin
 Indianin amerykański/rdzenny mieszkaniec Alaski
 Azjata
 Inna rasa
 Rdzenny Hawajczyk lub mieszkaniec innych wysp Pacyfiku
 Osoba wielorasowa
 Wolę nie odpowiadać

PCP (lekarz pierwszego kontaktu) Dr

SSN _____

(wymagane do dostępu do naszego portalu dla pacjentów MyChart)

Imię i nazwisko pracodawcy: _____

Status zatrudnienia

- Pełny etat Emerytura
 Niepełny etat Służba wojskowa
 Bez pracy
 Samozatrudnienie

Zgoda na ustne ujawnienie informacji

Telefon do domu: _____ Telefon komórkowy: _____ Telefon do pracy: _____

1. Na który numer najlepiej dzwonić w ciągu dnia (08:00-16:00)? Do domu Komórkowy Do pracy
2. Na który numer najlepiej dzwonić wieczorem (16:00-19:00)? Do domu Komórkowy Do pracy
3. Proszę zaznaczyć preferowany numer dla wiadomości głosowej*. Do domu Komórkowy Do pracy

***Automatyczna sekretarka lub poczta głosowa musi mieć nagraną wiadomość identyfikującą, że jest to Pana/Pani numer**

Na przykład: „Dodzwonili się Państwo do Jana Kowalskiego” lub „Tutaj numer 630-555-1212”

4. Proszę wymienić **OSOBY DO KONTAKTÓW W NAGŁYCH PRZYPADKACH** oraz wszelkie dodatkowe osoby, którym MOŻEMY przekazywać informacje o stanie Pana/Pani zdrowia.

Z kim możemy się kontaktować w pilnych przypadkach	Imię i nazwisko	Relacja	Numer telefonu	Ujawnić zwykłe informacje	Ujawnić informacje wrażliwe
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Rozumiem, że ta zgoda obowiązuje do momentu jej odwołania przeze mnie. Rozumiem, że mogę odwołać tę zgodę w dowolnym momencie, składając pisemne oświadczenie woli na ręce lekarza. Rozumiem także, że nie będzie możliwe odwołanie przeze mnie niniejszej zgody w przypadkach, kiedy lekarz już z niej skorzystał do ujawnienia informacji o moim stanie zdrowia. Pisemne odwołanie zgody musi być przesłane do gabinetu lekarza.

Imię i nazwisko pacjenta: _____
 Podpis: _____

Data urodz. _____
 Data: _____

Imię i nazwisko drukowanymi literami: _____

Relacja: _____

W przypadku podpisu rodzica lub opiekuna

Imię i nazwisko pacjenta _____ Data urodzenia _____

**ZGODA I UPOWAŻNIENIE
ZGODA NA ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH**

- Ja, niżej podpisany/podpisana (pacjent/pacjentka lub osoba odpowiedzialna za wyrażanie zgody w imieniu pacjenta/pacjentki), proszę i wyrażam zgodę na opiekę, leczenie i inne usługi, jakie mogą być zamówione, sugerowane, zalecone, świadczone przez lekarzy lub ich współpracowników, asystentów lub osoby wyznaczone oraz przeprowadzone przez lekarzy lub personel Edward/Elmhurst Healthcare.
- Rozumiem, że mam prawo odmówić zgody na tę opiekę, leczenie lub inne usługi, jeśli taka odmowa będzie zgodna z prawem.
- Rozumiem, że praktyka medyczna nie jest nauką ścisłą. Rozumiem, że nie są ani nie mogą być udzielane żadne gwarancje co do wyników badań diagnostycznych, terapii i leków, testów oraz badań prowadzonych przez Edward/Elmhurst Healthcare.

GWARANCJA PŁATNOŚCI

- W związku z usługami zapewnianymi przez Edward/Elmhurst Healthcare na rzecz pacjenta zgadzam się: i) zagwarantować uiszczanie wszelkich opłat związanych z usługami zapewnianymi Pacjentowi; ii) bezterminowo przenieść na Edward/Elmhurst Healthcare wszelkie uprawnienia, tytuły i udziały w zwrocie kosztów opieki medycznej, przysługujące mi jako Pacjentowi, które są dostępne na pokrycie tych należności oraz iii) zatwierdzić wypłacanie tych korzyści bezpośrednio na rzecz Edward/Elmhurst Healthcare.
- Zgadzam się, że Edward/Elmhurst Healthcare nie ponosi odpowiedzialności za weryfikację, czy pacjent jest objęty ubezpieczeniem lub czy uzyskuje inne świadczenia, mogące służyć do opłacenia opieki lub usług świadczonych Pacjentowi, ani zakresu takich świadczeń uzyskiwanych przez Pacjenta.
- Zgadzam się ponosić pełną odpowiedzialność za wszelkie płatności i opłaty, jeśli nie będą one pokryte przez należne mi świadczenia.
 - Edward/Elmhurst Healthcare świadczy wiele usług, zapewniających pomoc pacjentom nieposiadającym ubezpieczenia oraz pacjentom, którzy nie są w stanie ponieść kosztów opieki medycznej. Rozumiem, że wszelkie pytania dotyczące zasad udzielania pomocy finansowej przez Edward/Elmhurst Healthcare mogą zadać kierownikowi biura podczas rejestracji.

DOTYCZY PACJENTÓW MEDICARE

- Poświadczam, że wszelkie informacje, podane przez mnie jako Pacjenta lub Przedstawiciela pacjenta podczas składania wniosku o płatność przez Medicare, są prawidłowe.
- Upoważniam wszystkie osoby, będące w posiadaniu informacji medycznych lub innych informacji na temat Pacjenta, do udzielania firmie Medicare lub jej agentom wszelkich informacji niezbędnych w związku z tym lub pokrewnym wnioskiem medycznym.
- Wyrażam zgodę na wypłacanie świadczeń firmie Edward/Elmhurst Healthcare w imieniu Pacjenta.

POTWIERDZENIE OTRZYMANIA INFORMACJI NA TEMAT ZASAD OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

- Potwierdzam, że otrzymałem/am egzemplarz informacji na temat zasad ochrony danych osobowych przez grupę Edward. Informacje na temat polityki ochrony danych osobowych opisują możliwości wykorzystywania i ujawniania danych medycznych dotyczących Pacjenta przez Edward/Elmhurst Healthcare oraz prawa Pacjenta związane z tymi informacjami medycznymi.

Edward/Elmhurst Healthcare nie akceptuje jakichkolwiek modyfikacji lub zmian, wprowadzanych do tych informacji przez Pacjentów.

Niniejszy formularz zgody i upoważnienia obejmuje usługi świadczone na moją rzecz przez Edward/Elmhurst Healthcare przez okres 365 dni od daty złożenia poniższego podpisu, o ile nie zostanie wcześniej pisemnie przeze mnie odwołany lub jeśli okres jego obowiązywania nie zostanie skrócony zgodnie z odpowiednim prawem.

Przeczytałem/am cały niniejszy formularz i uzyskałem/am satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na wszelkie dotyczące jego pytania. Rozumiem i zgadzam się z jego treścią.

Podpis Pacjenta lub Przedstawiciela Pacjenta
(rodzic, opiekun lub inny przedstawiciel)

Stopień pokrewieństwa

Data

Podpis świadka podpisania formularza

Imię i nazwisko drukowanymi literami

Jeśli Pacjent lub Przedstawiciel Pacjenta nie podpisał niniejszego formularza, należy podać przyczynę na odwrocie i podpisać się

EDWARD/ELMHURST HEALTHCARE
Wywiad medyczny z pacjentem małoletnim

Dotyczy pacjentów poniżej 18. roku życia

IMIĘ I NAZWISKO: _____ DATA URODZENIA: _____ M / K

LEKARZ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ: _____ DATA: _____

Proszę wypełnić poniższy coroczny formularz wywiadu medycznego zgodnie ze swoimi możliwościami.

UWAGA: NINIEJSZY DOKUMENT WYWIADU MEDYCZNEGO MA CHARAKTER POUFNY I BĘDZIE PRZECHOWYWANY W NINIEJSZYM GABINECIE. ZAWARTE W NIM INFORMACJE NIE ZOSTANĄ NIKOMU UJAWNIONE, CHYBA ŻE ZOSTANIEMY DO TEGO PRZEZ CIEBIE UPOWAŻNIENI.

WAŻNE: Jeśli jest Pan/Pani rodzicem lub opiekunem, prosimy o odpowiedź na WSZYSTKIE pytania zawarte w tym formularzu w imieniu **MAŁOLETNIEGO**

INFORMACJE DOTYCZĄCE PORODU

Waga urodzeniowa _____ kilogramów _____ gram Miejsce urodzenia (szpital, miasto & stan): _____

Typ porodu poród pochwy cięcie cesarskie/ przyczyna cięcia cesarskiego: _____

Powikłania ciąży: _____

Powikłania porodu: _____

Powikłania okresu poporodowego: _____

Czy matka była objęta opieką prenatalną od 1. trymestru ciąży? Tak Nie jeśli nie, kiedy matka została objęta taką opieką? _____

Inne powikłania okresu prenatalnego: _____

Czy jesteś adoptowany/adoptowana? Tak Nie

WYWIAD MEDYCZNY

Poważne choroby/ Choroby wieku dziecięcego

Astma rozpoznana w przeszłości lub obecnie Tak Nie

Urazy _____ **Kiedy?** _____

Złamania lub pęknięcia kości Tak Nie Jeśli Tak, to których kości? _____

Skręcenia stawów Tak Nie Jeśli Tak, to gdzie? _____

Skaleczenia Tak Nie Jeśli Tak, to gdzie? _____

Zwichnięcia Tak Nie Jeśli Tak, to gdzie? _____

Wstrząśnienie mózgu lub uraz głowy Tak Nie Jeśli Tak, to kiedy? _____

Czy kiedykolwiek straciłeś/straciłaś przytomność Tak Jeśli Tak, to kiedy? _____

Wcześniejsze hospitalizacje (Określić przyczynę)

Kiedy?

Szpital, miasto, stan

Zabiegi chirurgiczne i/lub zabiegi inwazyjne

Kiedy?

Szpital, miasto, stan

ALERGIE

Proszę wymienić wszystkie alergie i typ reakcji – (np. penicylina – wysypka)

Leki: _____

Żywność: _____

Czynniki środowiskowe: _____

INNE WAŻNE INFORMACJE

1. Czy chorował Pan/chorowała Pani na gruźlicę? ___ Tak ___ Nie

2. Czy miał Pan/miała Pani bliski kontakt z osobą chorą na gruźlicę? ___ Tak ___ Nie

3. Czy miał Pan/miała Pani kiedykolwiek przeprowadzoną próbę tuberkulinową, której wynik był dodatni? ___ Tak ___ Nie

4. W jakim kraju się Pan/Pani urodził/urodziła? _____

PROSZĘ DOSTARCZYĆ KOPIĘ KARTY SZCZEPIEŃ PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO: _____ **DATA URODZENIA:** _____ **M / K**

DOTYCZY WYŁĄCZNIE DZIEWCZYNEK – WYWIAD DOTYCZĄCY MIESIĄCZKOWANIA, ZGODNIE Z PONIŻSZYMI PYTANIAMI

Wiek pierwszej miesiączki _____
 Regularne? Tak Nie Różnie
 Cykl _____-dniowy (od początku do początku)
 Wielkość krwawienia Obfite Umiarkowane Skąpe
 Ból lub skurcze Tak Nie

Czy przyjmujesz pigułki antykoncepcyjne? Tak Nie
 Jeśli tak, to od jak dawna je przyjmujesz _____
 Czy kiedykolwiek byłaś w ciąży? Tak Nie

WYWIAD RODZINNY:

	Wiek	Ciężkie choroby lub zaburzenia	W przypadku zmarłych przyczyna zgonu	Wiek w chwili zgonu
Ojciec				
Matka				
Dziadek ze strony ojca				
Babcia ze strony ojca				
Dziadek ze strony matki				
Babcia ze strony matki				
Rodzeństwo	Płeć			

WYWIAD SPOŁECZNY

Szkoła _____
 Picie alkoholu: Nigdy Rzuciłem/Rzuciłam Codziennie Aktualne spożycie tygodniowo: _____
 Używanie tytoniu: Nigdy Rzuciłem/Rzuciłam Postać _____ Ilość na dobę: _____
 Przyjmowanie narkotyków: Nigdy Rzuciłem/Rzuciłam Rodzaj/Częstość: _____
 Spożycie kofeiny: Zerowe Poniżej 1–2 filiżanek/puszek dziennie 3–4 filiżanki/puszki dziennie więcej niż 5 filiżanek/puszek dziennie
 Aktywność fizyczna: Nie Bez regularnego schematu Tak, jak często _____
 Nadmierne narażenie w domu lub w pracy na: Pyły Opary Hałas Bierne palenie Rozpuszczalniki Inne
 Czy regularnie używasz pasów bezpieczeństwa: Tak Nie
 Czy w ostatnim czasie zdarzył Ci się upadek? Tak Nie
 Czy w Twoim domu jest broń palna? Tak Nie

INNE WAŻNE INFORMACJE

Czy chcesz być dawcą narządów? Tak Nie
 Jeśli tak, porozmawiaj o tym z członkami swojej rodziny
 Czy Twoja religia lub światopogląd mogą wpływać na wybór metod terapeutycznych? Tak Nie
 Jeśli tak, opisz je: _____

Według mojej najlepszej wiedzy udzielono dokładnych odpowiedzi na pytania zawarte w niniejszym formularzu. Rozumiem, że udzielanie nieprawdziwych informacji może być niebezpieczne dla mojego zdrowia. Spoczywa na mnie odpowiedzialność za informowanie personelu gabinetu lekarskiego o wszelkich zmianach w stanie mojego zdrowia. Upoważniam także personel medyczny do przeprowadzania wszelkich niezbędnych zabiegów, jakich mogę potrzebować.

Podpis rodzica lub opiekuna _____ Data _____
 Data weryfikacji/aktualizacji Inicjały pacjenta/opiekuna Data weryfikacji/aktualizacji Inicjały pacjenta/opiekuna

