

Informacja o Pacjencie

Nazwisko prawne _____

Imię prawne _____ Drugie imię _____

Preferuje być nazywany/a (jeśli dotyczy) _____

Płeć prawna (zaznaczyć jedną) Mężczyzna KobietaData urodzenia ____/____/____
miesiąc dzień rok

Nr Social Security ____-____-____ lub Nr Podatkowy (ITIN) ____-____-____

 Nie posiadam

Adres domowy _____ Apt # _____

Miasto _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

 Jestem bezdomnyNr tel. komórkowy (_____) _____ Preferowany Zgoda na wiadomość tekstowąNr tel. domowy (_____) _____ Preferowany

Adres email _____

W Razie Wypadku Zawiadomić

Imię/Nazwisko _____ Związek _____

Nr tel (_____) _____ Dodatkowy nr tel (_____) _____

 Owa osoba jest moim legalnym opiekunem (Dotyczy zazwyczaj osób niepełnosprawnych)**Informacja o Ubezpieczeniu****Jaki rodzaj ubezpieczenia posiadasz?**

- Medicaid Medicare Prywatne ubezpieczenie/ świadczenia pracownicze
 Studenckie ubezpieczenie zdrowotne Świadczenia dla weteranów
 Nie mam żadnego ubezpieczenia medycznego

Medicaid – Możesz kwalifikować się na Medicaid jeżeli jedna z poniższych opcji dotyczy Ciebie:

1. Jeżeli jesteś Obywatелеm Amerykańskim lub Rezydentem przez okres 5 lub więcej lat i twoje roczne dochody nie przekraczają 138% federalnego poziomu ubóstwa (FPL)
2. NIE jesteś Obywatелеm Amerykańskim lub Rezydentem, ale masz 65 lat lub więcej i twoje roczne dochody nie przekraczają 100% federalnego poziomu ubóstwa (FPL)
3. NIE jesteś Obywatелеm Amerykańskim lub Rezydentem, ale jesteś w wieku 55 – 64 lata i twoje roczne dochody nie przekraczają 138% federalnego poziomu ubóstwa (FPL)

Czy kwalifikujesz się na program Medicaid? Tak Nie Nie jestem pewny

Informacje Demograficzne

Jaki jest Twój język ojczysty? _____ Nie odpowiem

Rasa

- Indianin/Alaska Azjatyckie Czarna/Afroamerykańskie
 Hawajskie/Pacyfik Biała/ Kaukaska Nie odpowiem
 Inna

Pochodzenie etniczne

- Hiszpański/latynoski Nie Hiszpański/latynoski

Stan Cywilny

- Stanu wolnego Stały partner Żonaty/Zamężna Owdowiały/a Rozwiedziony/a W separacji

Czy twój mąż/żona/stały partner pracuje? Tak Nie

Czy twój mąż/żona/stały partner ma dochód z jakiegokolwiek innego źródła? Tak Nie

Tożsamość płciowa

- Mężczyzna Kobieta Transmężczyzna Transkobieta Inna Nie odpowiem

Jaka była Pana(-i) płeć przy urodzeniu?

- Mężczyzna Kobieta Inna Nie odpowiem

Zaimki

- on ona oni

Czy potrzebujesz tłumacza?

- Tak Nie Przyjdę z osobą mówiącą po angielsku

Jaki język do komunikowania się z Tobą preferujesz?

- Angielski Polski Bez znaczenia (kontakt w j. angielskim)

Jaki jest najlepszy sposób kontaktowania się z Tobą?

- Telefonicznie Emailowy/ Athena portal Pocztowy Bez znaczenia

Informacje o dochodach gospodarstwa domowego

Informacje o Dochodzie

Czy pracujesz?

- Tak Nie



Jaki jest twój obecny status zatrudnienia?

- Cały etat (35+ godz./tydzień)
 Pol etatu (poniżej 35 godz./tydzień)
 Tymczasowy („Temporary”)
 Sezonowy
 Inny _____

W jaki sposób się utrzymujesz?

- Rodzina lub znajomi
 Bezrobocie („Unemployment”)
 Social Security
 Oszczędności/Karty Kredytowe
 Renta/Emerytura
 Inny _____

1. Jak często otrzymujesz wynagrodzenie (za)?

- Dzień Tydzień Dwa tygodnie Miesiąc Rok (Income tax)

2. Suma dochodu wymieniona w dokumentach o dochodzie: \$ _____

3. Na (nr osób, włącznie z Tobą, utrzymujących się z owego dochodu)?

- 1 – tylko ja 2 3 4 5 6 7 8 Inny _____

Pytania Suplementarne

Potrzebujesz dodatkowej pomocy? (odpowiednie zaznacz)

Poważne problemy ze wzrokiem: jestem niewidomy potrzebuję okularów
Poważne problemy ze słuchem: problemy ze słuchem głuchy noszę aparat słuchowy
Nie umiem czytać: po angielsku w języku ojczystym w obydwu językach

Skąd dowiedziałeś się o istnieniu naszej przychodni?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Od znajomych | <input type="checkbox"/> Onward House |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> The Night Ministry |
| <input type="checkbox"/> Rush Hospital | <input type="checkbox"/> Konsulat |
| <input type="checkbox"/> Northwestern Hospital | <input type="checkbox"/> Od osoby, która jest tu wolontariuszem |
| <input type="checkbox"/> Advocate Hospitals (IL Masonic, Lutheran General, Aurora, Good Samaritan, Trinity, others) | <input type="checkbox"/> Od osoby, która jest tu pracownikiem |
| <input type="checkbox"/> Cook County Health and Hospitals System | <input type="checkbox"/> Kościół |
| <input type="checkbox"/> Od mojego lekarza | <input type="checkbox"/> Inne _____ |

Czy chciałbyś pozwolić na “video wizytę” ze swoim lekarzem? Tak Nie

- Lekarz będzie widział Ciebie
- Wymagane jest posiadanie Smartphone, jest możliwość oglądania Video przez telefon
- Wymagane jest ciche i prywatne pomieszczenie
- Wymagane jest udzielenie zezwolenia na otrzymywanie wiadomości tekstowych ze strony 1 (twojej formy rejestracyjnej)

Zgoda Pacjenta

Zgoda na leczenie Wyrażam zgodę na leczenie w Community Health i wyrażam zgodę na bezpieczne udostępnianie przez Community Health moich informacji medycznych drogą elektroniczną, w ramach wymiany informacji zdrowotnych, członkom mojego zespołu opieki w zewnętrznych placówkach opieki zdrowotnej/szpitalnej. Wymiana informacji zdrowotnych umożliwi pracownikom służby zdrowia i pacjentom odpowiedni dostęp i bezpieczne udostępnianie elektronicznych informacji medycznych pacjenta.

Odpowiedzialność pacjenta Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu rejestracyjnym są dokładne i zgodne z prawdą. Podpisując ten formularz zgłoszeniowy, zgadzam się, na powiadomienie Community Health w przypadku posiadania jakiegokolwiek ubezpieczenia i/lub zmiany dochodów a także zgadzam się aktualizować moje informacje w miarę ich zmian i/lub co roku (co najmniej).

Medication Authorization Wyrażam zgodę na udostępnienie moich informacji firmom farmaceutycznym w celu przeprowadzenia kontroli w ramach program Bulk Replacement Patient Assistance. Rozumiem, że nie mogę żądać zwrotu kosztów za żaden produkt na receptę otrzymany w ramach tego programu od jakiegokolwiek programu rządowego lub zewnętrznego ubezpieczyciela. Wyrażam również zgodę na przeprowadzanie okresowych kontroli kart przez personel/wolontariuszy Community Health i ich partnerów.

Podpis Pacjenta _____ Data _____

Podpis pracownika przychodni _____ Data _____