

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

(wybierz opcję, która najlepiej Cię opisuje, nasz system zaakceptuje tylko jedną)

- 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"/> Onward House | <input type="checkbox"/> Strona internetowa CommunityHealth |
| <input type="checkbox"/> Enlace | <input type="checkbox"/> Od osoby która jest pracownikiem CommunityHealth |
| <input type="checkbox"/> Konsulat | <input type="checkbox"/> Szpital Rush |
| <input type="checkbox"/> Kościół | <input type="checkbox"/> Szpital Northwestern |
| <input type="checkbox"/> Spotkanie organizowane przez wspólnotę | <input type="checkbox"/> Szpital St. Anthony |
| <input type="checkbox"/> Organizacja w społeczeństwie
(Equal Hope, Chicago Street Medicine, etc.) | <input type="checkbox"/> Szpital Advocate
(Masonic, Lutheran General, Good, Samaritan) |
| <input type="checkbox"/> Poszukiwanie przez internet | <input type="checkbox"/> Wellness West |
| <input type="checkbox"/> Media Społecznościowe | <input type="checkbox"/> Reklamy w mediach (Radio, TV, Autobus) |
| <input type="checkbox"/> Od przyjaciół lub rodziny | <input type="checkbox"/> Inny _____ |

Czy możemy zadzwonić do Ciebie przez "WhatsApp", jeżeli będzie taka potrzeba? Yes No

Jeżeli tak, podaj nam swój nr telefonu do "WhatsApp": _____

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 programu 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 _____