



PATIENT LABEL

Дата: _____

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА

Ім'я		Прізвище	
DOB	секс ☐ Жінка ☐ Чоловік	Телефон	
Адреса		графство	
місто	Держава	Zip	
Сімейний стан ☐ Одружений ☐ неодружений ☐ Розлучений ☐ Овдовіла ☐ інше			
Мова ☐ англійська ☐ Іспанська ☐ португальська ☐ Гаїтянська креольська ☐ українська ☐ інше			
Гонка ☐ азіатський ☐ Тихоокеанський остров'янин ☐ чорний ☐ африканський ☐ корінний американець ☐ Білий ☐ європейський ☐ Багаторасовий			
Етнічна приналежність ☐ Латиноамериканський / латиноамериканський ☐ Не латиноамериканець/латиноамериканець			
Чи відповідаєте ви рекомендаціям щодо доходу клініки Grace? ☐ так ☐ немає		У вас є страховка? ☐ немає ☐ Medicaid ☐ інше	
Хочете помолитися з нашою молитовною командою під час вашого візиту? ☐ так ☐ немає Релігійні уподобання?			

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОПІКУНА - Якщо пацієнту менше 18 років, заповніть інформацію нижче

Ім'я опікуна батьків	DOB	стосунки	☐ Батько ☐ Опікун
----------------------	-----	----------	---

НАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА ЗГОДА НА ЛІКУВАННЯ

Цим я, _____, даю дозвіл клініці Grace Clinic of Ohio оприлюднювати записи про стан здоров'я та/або надавати усну інформацію про мій стан здоров'я будь-якому постачальнику медичних послуг, у яких я можу звернутися за додатковою допомогою або лікуванням, пов'язаним з послугами, що надаються клінікою Grace Clinic of Ohio. Я також надаю всім постачальникам медичних послуг, до яких я можу звернутися за додатковою допомогою або лікуванням і які розумно пов'язані з послугами, які надає Grace Clinics of Ohio, дозвіл на отримання копій медичних записів та/або отримання усної інформації про мій стан здоров'я. Я розумію, що оприлюднена та/або отримана інформація буде використана лише для цілей надання медичної допомоги в клініках Грейс Огайо або з інших причин лише після підписання звільнення для цієї конкретної мети.

Цим я _____ даю згоду на надання медичної допомоги, діагностики та/або лікування Grace Clinics of Ohio і цим я визнаю, що така згода залишатиметься в силі, доки я не скасу таку згоду в письмовій формі. Цим я визнаю та підтверджую, що я психічно здатний дати інформовану згоду на надання допомоги, діагностику та/або лікування та не перебуваю під примусом або неправомірним впливом.

ПЕРЕГЛЯД ПРАВ І ОБОВ'ЯЗКІВ ПАЦІЄНТІВ

_____ Я прочитав і розумію Права та обов'язки пацієнтів, опубліковані в Grace Clinics of Ohio. У мене була можливість поставити запитання або попросити пояснення у волонтера та/або співробітника.

_____ Я прочитав і розумію повідомлення про обмежену відповідальність для безкоштовних медичних працівників, членів правління, посадових осіб, співробітників і незалежних підрядників клінік, опубліковане в клініці Грейс, штат Огайо. Будучи розумово компетентним і не перебуваючи під примусом чи неналежним впливом, я даю інформовану згоду на кваліфікований імунітет, який поширюється на постачальників медичних послуг Grace Clinics of Ohio, які надають діагностику, догляд або лікування за умови, що компенсація не отримана або не очікується, і надається в безкоштовній клініці.

_____ Я прочитав і розумію форму згоди на використання телемедицини та дозволяю клініці Грейс, штат Огайо, дозволити мені/пацієнту брати участь у телемедицині (послуги відеоконференцій)

_____ Я дозволяю Grace Clinics of Ohio використовувати мої фото/відео для рекламних матеріалів, реклами, соціальних мереж та інших засобів зв'язку без оплати. Цей дозвіл застосовується до всіх форматів і ринків, зараз і в майбутньому, і діє на невизначений термін, якщо я не скасу його в письмовій формі. Я розумію, що ці матеріали стануть власністю Grace Clinics of Ohio і не повертатимуться. Я звільняю Grace Clinics of Ohio від будь-якої відповідальності, пов'язаної з використанням цих матеріалів



МИНУЛА ІСТОРІЯ ХВОРИ

_____ НІ ВСІМ (NO TO ALL)

_____ ADDP / ADHD

_____ СНІД / ВІЛ

_____ КИСЛОТНИЙ РЕФЛЮКС

_____ АНЕМІЯ

_____ ТРИВОЖНИЙ РОЗЛАД

_____ АСТМА

_____ АУТИЗМ

_____ АУТОІМУННІ ЗАХВОРЮВАННЯ

_____ ПРОБЛЕМИ З СЕЧОВИМ МІХУРОМ АБО
НИРКАМИ

_____ ПОРУШЕННЯ КРОВІ

_____ РАК

_____ ДЕПРЕСІЯ

_____ ДІАБЕТ

_____ ДИВЕРТИКУЛЬОЗ

_____ ПРОБЛЕМИ З ВУХАМИ АБО СЛУХОМ

_____ ЕКЗЕМА

_____ ФІБРОМІАЛГІЯ

_____ ПРОБЛЕМИ З ЖКТ

_____ ПОДАГРА

_____ ТРАВМА ГОЛОВИ / СТРУС МОЗКУ

_____ ГОЛОВНІ БОЛІ

_____ ПРОБЛЕМИ З СЕРЦЕМ

_____ ГЕПАТИТ

_____ ГРИЖА

_____ ВИСОКИЙ РІВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНУ

_____ ГІПЕРТОНІЯ

_____ ГІПЕРТИРЕОЗ

_____ ГІПОТИРЕОЗ

_____ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ

_____ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ

_____ ПСИХІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

_____ РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

_____ ПРОБЛЕМИ З М'ЯЗАМИ, СУГЛОБАМИ
АБО КІСТКАМИ

_____ НЕВРОЛОГІЧНІ

_____ ПЕРИФЕРИЧНІ СУДИННІ

ЗАХВОРЮВАННЯ

_____ СУДОМИ / ЕПІЛЕПСІЯ

_____ СОН АПНОЕ

_____ ІНСУЛЬТ

_____ ІНШЕ

_____ ІНШЕ