



PATIENT LABEL

Дата: _____

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА

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

_____ Усі послуги та догляд, що надаються в клініках Grace, завжди безкоштовні. Якщо ваш лікар замовляє аналізи, які необхідно надіслати до зовнішньої лабораторії чи закладу, ви можете отримати рахунок від цієї організації.



МИНУЛА ІСТОРІЯ ХВОРИ

_____ НІ ВСІМ (NO TO ALL)

- | | |
|---|---|
| _____ ADDP / ADHD | _____ ГОЛОВНІ БОЛІ |
| _____ СНІД / ВІЛ | _____ ПРОБЛЕМИ З СЕРЦЕМ |
| _____ КИСЛОТНИЙ РЕФЛЮКС | _____ ГЕПАТИТ |
| _____ АНЕМІЯ | _____ ГРИЖА |
| _____ ТРИВОЖНИЙ РОЗЛАД | _____ ВИСОКИЙ РІВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНУ |
| _____ АСТМА | _____ ГІПЕРТОНІЯ |
| _____ АУТИЗМ | _____ ГІПЕРТИРЕОЗ |
| _____ АУТОІМУННІ ЗАХВОРЮВАННЯ | _____ ГІПОТИРЕОЗ |
| _____ ПРОБЛЕМИ З СЕЧОВИМ МІХУРОМ АБО
НИРКАМИ | _____ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ |
| _____ ПОРУШЕННЯ КРОВІ | _____ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ |
| _____ РАК | _____ ПСИХІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ |
| _____ ДЕПРЕСІЯ | _____ РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ |
| _____ ДІАБЕТ | _____ ПРОБЛЕМИ З М'ЯЗАМИ, СУГЛОБАМИ
АБО КІСТКАМИ |
| _____ ДИВЕРТИКУЛЬОЗ | _____ НЕВРОЛОГІЧНІ |
| _____ ПРОБЛЕМИ З ВУХАМИ АБО СЛУХОМ | _____ ПЕРИФЕРИЧНІ СУДИННІ
ЗАХВОРЮВАННЯ |
| _____ ЕКЗЕМА | _____ СУДОМИ / ЕПІЛЕПСІЯ |
| _____ ФІБРОМІАЛГІЯ | _____ СОН АПНОЕ |
| _____ ПРОБЛЕМИ З ЖКТ | _____ ІНСУЛЬТ |
| _____ ПОДАГРА | _____ ІНШЕ |
| _____ ТРАВМА ГОЛОВИ / СТРУС МОЗКУ | _____ ІНШЕ |