

ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ ПАЦИЕНТА

(Заполняется печатными буквами)

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

Имя пациента (имя, инициал второго имени, фамилия):		Номер социального страхования: - -	Дата рождения: / /
Как к Вам обращаться:	Девичья фамилия:		Пол при рождении: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
Адрес (улица и номер дома):	Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Почтовый адрес: <input type="checkbox"/> Совпадает с адресом проживания	Семейное положение: <input type="checkbox"/> Женат/замужем <input type="checkbox"/> Не женат / не замужем <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Раздельно <input type="checkbox"/> Вдовец/вдова		
Электронная почта: <input type="checkbox"/> @gmail.com <input type="checkbox"/> @hotmail.com <input type="checkbox"/> @yahoo.com <input type="checkbox"/> @live.com	Номер телефона. по которому можно оставлять сообщения Основной номер телефона () Дополнительный номер телефона () <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Моб. <input type="checkbox"/> Другой <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Моб. <input type="checkbox"/> Другой		
Предпочитаемая аптека:	Предпочитаемая аптека (город, улица и номер дома):		
Есть ли у пациента трудности со: <input type="checkbox"/> Зрением <input type="checkbox"/> Слухом <input type="checkbox"/> Чтением <input type="checkbox"/> Речью – Укажите дополнительную информацию, если вы отметили какой-либо пункт:			

ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЯХ/ОПЕКУНАХ

Указанное лицо (-а) должно быть и официальным родителем (-ями), и/или официальным опекуном (-ами).

***Если указанное лицо не является родителем, получившим опеку над ребенком в результате бракоразводного процесса, или единственным родителем, или лишено родительских прав, необходимо предъявить официальный документ.**

Фамилия, имя родителя/опекуна:	Телефон: ()	Дата рождения: / /
Кем приходится: <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Опекун* *Приложите официальный документ	Адрес: <input type="checkbox"/> Совпадает с адресом ребенка	
Фамилия, имя родителя/опекуна:	Телефон: ()	Дата рождения: / /
Вид родства: <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Опекун* *Приложите официальный документ	Адрес: <input type="checkbox"/> Совпадает с адресом ребенка	

ЛИЦО (-А), КОТОРОЕ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА (ПАЦИЕНТА В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ) И ПРИНИМАТЬ РЕШЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ / СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ / ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Фамилия, имя:	Телефон:	Кем приходится пациенту:
Фамилия, имя:	Телефон:	Кем приходится пациенту:

ЛИЦО (-А), КОТОРОЕ МОЖНО ИЗВЕЩАТЬ В ЭКСТРЕННЫХ СЛУЧАЯХ, ИНОЕ ЧЕМ РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН

Это не дает указанному лицу (-ам) права присутствовать на визитах несовершеннолетнего к врачу или просматривать историю болезни.

Фамилия, имя:	Телефон:	Кем приходится пациенту:
Фамилия, имя:	Телефон:	Кем приходится пациенту:

НЕОБХОДИМО ОТВЕТИТЬ НА ВСЕ ВОПРОСЫ

Медицинский центр Katy Trail Community Health (КТСН) должен получить следующую информацию от всех обслуживаемых пациентов, чтобы получать федеральное финансирование для поддержки нашего сообщества

РАСА:

Отметьте все подходящие варианты

Белый

Афроамериканец

Американский индеец / коренной житель Аляски

Индус

Китаец

Филиппинец

Японец

Кореец

Вьетнамец

Выходец из другой азиатской страны

Коренной гаваец

Уроженец других островов Тихого океана

Гуамец или чаморро

Самоанец

Предпочитаю не сообщать

ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ:

Латиноамериканец или выходец из испаноговорящей страны

Не латиноамериканец, не выходец из испаноговорящей страны и не испанского происхождения

Другой выходец из испаноговорящей страны Латинской Америки или лицо испанского происхождения

Мексиканец, мексикано-американец, чикано

Пуэрториканец

Кубинец

Предпочитаю не сообщать

ОСНОВНОЙ ЯЗЫК:

Английский

Испанский

Русский

Украинский

Другой: _____

СЕКСУАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ:

Гетеросексуальный

Лесбиянка, гей или гомосексуалист

Бисексуал

Другая

Не знаю

Предпочитаю не сообщать

ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ ВЕТЕРАНОМ?

Да

Нет

УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ:

Еще не посещаю школу

Дошкольник

Начальная школа

Средние классы школы

Старшая школа (в настоящее время)

Среднее образование

Неоконченное среднее образование

Среднее специальное образование

Неоконченное среднее специальное образование

Выпускник колледжа

ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ:

Мужчина

Женщина

Трансгендерный мужчина (смена женского пола на мужской)

Трансгендерная женщина (смена мужского пола на женский)

Небинарный

Предпочитаю не сообщать

ЖИЛЬЕ:

Собственное

Арендванное

Социальное (в зависимости от дохода)

Бездомный

Статус бездомного:

Проживание с соседями

Живу на улице

Проживание в приюте

Проживание во временном жилье

ТРУДОВОЙ СТАТУС:

Работа на полный рабочий день

Работа на неполный рабочий день

Сезонная работа

Н/Д

УРОВЕНЬ ДОХОДА:

Количество членов семьи: _____

Примерный годовой доход семьи:

<input type="checkbox"/> \$10 000 или менее	<input type="checkbox"/> \$30 001 - \$40 000	<input type="checkbox"/> \$60 001 - \$70 000	<input type="checkbox"/> \$90 001 - \$100 000
<input type="checkbox"/> \$10 001 - \$20 000	<input type="checkbox"/> \$40 001 - \$50 000	<input type="checkbox"/> \$70 001 - \$80 000	<input type="checkbox"/> более \$100 000
<input type="checkbox"/> \$20 001 - \$30 000	<input type="checkbox"/> \$50 001 - \$60 000	<input type="checkbox"/> \$80 001 - \$90 000	

СОГЛАСИЕ

Согласие на лечение

Подписывая этот документ, я даю согласие на получение мной / моим подопечным лечения, которое посчитает необходимым назначить врач. КТЧН предоставляет услуги независимо от вероисповедания, расы, цвета кожи, происхождения, инвалидности, возраста, пола, количества беременностей или семейного положения пациента. Подписываясь ниже, я также даю согласие на получение мной / моим подопечным стоматологического лечения, осуществляемого врачами КТЧН и/или студентами стоматологического института УМКС и SFCC в случае стоматологического обслуживания. При оказании услуг психолога/психотерапевта: подписываясь ниже, я также даю согласие на получение мной / моим подопечным услуг психолога/психотерапевта КТЧН и даю согласие на получение моим подопечным консультации без моего присутствия, если психолог/психотерапевт сочтет это необходимым. Кроме того, услуги планирования семьи по программе Title X предоставляются исключительно на добровольной основе, и получение услуг планирования семьи не является обязательным требованием для получения права на любые другие услуги или получения любых других услуг.

Инициалы: _____

Согласие на получение истории назначения медицинских препаратов от третьих сторон:

Подписываясь ниже, я даю согласие на получение центром КТЧН информации о препаратах, ранее назначенных мне другими врачами, через электронную базу медицинских данных (eClinicalWorks). Это позволит моему врачу получить информацию о принимаемых мной препаратах для минимизации их побочных эффектов. Соглашаясь с этим, вы понимаете, что данные о назначенных вам препаратах, предоставленные разными не связанными между собой врачами, страховыми компаниями и аптеками, может просматривать ваш врач и уполномоченный персонал. Данное согласие остается в силе до его отмены в письменной форме. Если вы захотите отозвать свое согласие, это не повлияет на ваше лечение.

Инициалы: _____

Согласие на использование портала пациентов:

Мы обязаны охранять ваши персональные медицинские данные в соответствии с законом. Подписываясь ниже, вы даете согласие на регистрацию вашей электронной почты в нашем портале пациентов (Healow). Подписываясь ниже, вы также подтверждаете, что ознакомились с рисками и преимуществами, связанными с онлайн-коммуникацией через портал пациентов, полностью понимаете их и соглашаетесь с ними. Вы обязуетесь соблюдать требования политик, принятых КТЧН, а также другие требования и регламенты, принимаемые в отношении онлайн-коммуникации.

Инициалы: _____

Подписываясь ниже, я подтверждаю, что заполнил (-а) всю известную мне информацию в этом документе. Подписываясь ниже и проставляя свои инициалы выше, я подтверждаю, что ознакомился (-лась) с приведенной выше информацией и понимаю ее.

ПОДПИСЬ: _____ **Дата:** _____

Расшифровка подписи: _____

Кем приходится пациенту: Сам пациент Родитель Опекун Другое: _____

ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВКЕ

Предоставьте копии ВСЕХ карт медицинского страхования

ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВКЕ

ОСНОВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ	Наименование страховой программы: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> BCBS/Anthem <input type="checkbox"/> UHC <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Другая частная программа: _____			
	Идентификационный номер участника/подписчика:		Имя группы:	Номер группы:
	Имя подписчика: <input type="checkbox"/> Пациент является подписчиком		Телефон страхователя: ()	Дата рождения страхователя: / /
	SSN абонента :	Адрес подписчика: <input type="checkbox"/> Тот же, что и у пациента	Отношения подписчика с пациентом: <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Супруг <input type="checkbox"/> Юридический опекун	
ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ (при наличии)	Наименование страховой программы: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> BCBS/Anthem <input type="checkbox"/> UHC <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Другая частная программа: _____			
	Идентификационный номер участника/подписчика:		Имя группы:	Номер группы:
	Имя подписчика: <input type="checkbox"/> Пациент является подписчиком		Телефон страхователя: ()	Дата рождения страхователя: / /
	SSN абонента :	Адрес подписчика: <input type="checkbox"/> Тот же, что и у пациента	Отношения подписчика с пациентом: <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Супруг <input type="checkbox"/> Юридический опекун	

ИНФОРМАЦИЯ О СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРАХОВКЕ

ОСНОВНОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРАХОВАНИЕ	Наименование страховой программы:			
	Идентификационный номер участника/подписчика:		Имя группы:	Номер группы:
	Имя подписчика: <input type="checkbox"/> Пациент является подписчиком		Телефон страхователя: ()	Дата рождения страхователя: / /
	SSN абонента :	Адрес подписчика: <input type="checkbox"/> Тот же, что и у пациента	Отношения подписчика с пациентом: <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Супруг <input type="checkbox"/> Юридический опекун	
ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРАХОВАНИЕ (при наличии)	Наименование страховой программы:			
	Идентификационный номер участника/подписчика:		Имя группы:	Номер группы:
	Имя подписчика: <input type="checkbox"/> Пациент является подписчиком		Телефон страхователя: ()	Дата рождения страхователя: / /
	SSN абонента :	Адрес подписчика: <input type="checkbox"/> Тот же, что и у пациента	Отношения подписчика с пациентом: <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Супруг <input type="checkbox"/> Юридический опекун	

Форма согласия пациента в соответствии с законом HIPAA

В нашем Уведомлении о конфиденциальности приведена информация о том, как мы можем использовать или передавать защищенные медицинские данные.

Это уведомление содержит раздел прав пациента, в котором описываются ваши права по закону. Своей подписью вы подтверждаете, что ознакомились с нашим уведомлением прежде, чем подписать данное согласие. Условия уведомления могут измениться; в этом случае вам сообщат об этом во время следующего визита и попросят подписать и проставить дату на обновленных условиях.

Вы имеете право ограничить порядок использования и передачи ваших защищенных медицинских данных в целях лечения, оплаты или осуществления медицинских мероприятий. Мы не обязаны соглашаться с вашим ограничением, но, если мы это делаем, мы соблюдаем свои обязательства. Закон 1996 г. о мобильности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA) позволяет использовать информацию для лечения, оплаты услуг или осуществления медицинских мероприятий.

Подписывая эту форму, вы даете согласие на использование и передачу нами ваших защищенных медицинских данных и потенциальное анонимное использование их в публикациях. Вы имеете право отменить это согласие в письменной форме за вашей подписью. При этом такая отмена не имеет обратной силы.

Подписывая эту форму, я понимаю, что:

- Защищенные медицинские данные могут быть использованы для лечения, оплаты услуг или осуществления медицинских мероприятий.
- Клиника сохраняет право изменения политики конфиденциальности, как это разрешено по закону.
- Клиника имеет право ограничить использование информации, но она не обязана соблюдать эти ограничения.
- Пациент имеет право отозвать свое согласие в письменной форме в любое время, и любая полная передача информации будет после этого прекращена.
- Клиника может решить, что лечение будет предоставляться только при условии подписания настоящего согласия.

Укажите ниже лиц, которым КТСН может предоставлять информацию о вашей истории болезни и о стоматологическом лечении:

ЛИЦО (-А), КОТОРОМУ КТСН МОЖЕТ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ИНФОРМАЦИЮ О ВАШЕЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ И О СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ.		
Фамилия, имя:	Телефон:	Кем приходится пациенту:
Фамилия, имя:	Телефон:	Кем приходится пациенту:
Фамилия, имя:	Телефон:	Кем приходится пациенту:

ПОДПИСЬ: _____ **Дата:** _____

Расшифровка подписи: _____

Кем приходится пациенту: Сам пациент Родитель Опекун Другое: _____

Финансовая информация для пациентов

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ НАШИХ ПАЦИЕНТОВ - ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ

- Наша программа оплаты со скользящей шкалой скидок разработана, чтобы помочь вам в оплате медицинских, стоматологических и психологических услуг, предоставляемых КТСН. Если вы хотите подать заявку на участие в программе оплаты со скользящей шкалой скидок, попросите в регистратуре заявление на участие в программе оплаты со скользящей шкалой скидок или запишитесь к нашему координатору этой программы. Вы должны заполнить заявление и предоставить документы, подтверждающие доход, перед любым посещением клиники, которое вы бы хотели оплатить по программе оплаты со скользящей шкалой скидок.
- Ваш ребенок может иметь право на участие в программе Medicaid, поэтому запишитесь на прием к одному из наших медицинских координаторов, чтобы узнать об этой возможности.
- Сегодня вы можете оплатить обслуживание наличными, чеком или кредитной/дебетовой картой. Ваша минимальная доплата должна быть внесена при регистрации, иначе ваш прием будет перенесен. Исключением является только экстренная медицинская/стоматологическая помощь, необходимость которой определяется координирующей медсестрой/стоматологом приемного отделения в соответствии с нашим регламентом, разработанным главным врачом / главным стоматологом.
- Если вы являетесь участником сети медицинского страхования, центр Katy Trail готов подать страховую заявку от вашего имени. Вы обязаны оплачивать стоимость услуг, не покрываемых вашей страховой программой, по получении счета или в соответствии с условиями вашего графика платежей. Если вы думаете, что вам понадобится финансовая помощь для оплаты этих услуг, вы должны заполнить заявление на участие в программе оплаты со скользящей шкалой скидок и предоставить подтверждение дохода до момента оказания услуг, чтобы на момент их оказания мы подтвердили ваше право на получение скользящей скидки.
- Если вы не являетесь участником сети медицинского страхования и ваш доход составляет 200 % прожиточного минимума, для обслуживания сегодня вам необходимо внести депозит в размере 130 долл. США. **Вы получите счет на стоимость услуг, превышающую сумму вашего депозита.** Если стоимость медицинских услуг будет меньше суммы вашего депозита, вам вернут разницу. Вы обязаны оплачивать услуги по получении счета или в соответствии с условиями вашего графика платежей.

Инициалы: _____

Мы в центре Katy Trail убеждены, что хорошие отношения между клиникой и пациентом основываются на понимании и хорошей коммуникации. Приведенная выше информация предоставлена с целью избежания каких-либо недоразумений. Финансовые вопросы направляйте в наш биллинговый отдел по телефону 1-877-733-5824, доб. 1156. Подписываясь ниже, вы, как пациент или представитель пациента, подтверждаете, что ознакомились с данной финансовой информацией для пациентов и соглашаетесь с приведенными условиями.

Подпись пациента или ответственного лица

Дата

В центре Katy Trail Community Health мы стремимся предоставить вам **медицинский «дом», ориентированный на пациента**. Медицинский «дом», ориентированный на пациента — это не место проживания, и это не меняет места вашего проживания. Медицинский «дом» — это место, где вы получаете медицинскую помощь и консультируетесь с медработником, оказывающим вам первичную медицинскую помощь. Медработником, оказывающим первичную медицинскую помощь, может быть врач, медсестра или стоматолог. Медработник, оказывающий вам первичную медицинскую помощь, возглавляет группу лиц в рамках организации, которые, в качестве лечащей группы, отвечают за ваше текущее лечение. Вы и ваша семья являетесь важными членами такой лечащей группы. Как пациент, вы имеете определенные права. Понимание этих прав поможет вам получить максимально эффективную помощь. Вы имеете право на:

- ❖ Получение помощи с сочувствием и уважением, независимо от вашего возраста, пола, расы, национальности, религии, инвалидности или наличия инфекционных заболеваний.
- ❖ Личного медицинского работника — каждый пациент непрерывно взаимодействует с медработником, оказывающим первичную медицинскую помощь, который оказывает полную и непрерывную помощь.
- ❖ Комплексную медицинскую помощь — медицинский «дом», ориентированный на пациента, обязан удовлетворять большую часть физических и психологических потребностей каждого пациента, включая профилактическую помощь и помощь при острых и хронических заболеваниях. Вы имеете право быть проинформированным о вашем диагнозе, лечении и шансах на выздоровление понятными вам словами. Эта информация должна включать информацию о специфическом лечении, медицинских рисках, преимуществах и побочных эффектах.
- ❖ Комплексную стоматологическую помощь — медицинский «дом», ориентированный на пациента, обязан удовлетворять большую часть потребностей каждого пациента в стоматологической помощи, включая профилактику и помощь при острых состояниях. Вы имеете право быть проинформированным о вашем диагнозе, лечении и шансах на выздоровление понятными вам словами. Эта информация должна включать информацию о специфическом лечении, медицинских рисках, преимуществах и побочных эффектах.
- ❖ Медицинское обслуживание под руководством медработника — медработник, оказывающий вам первичную медицинскую помощь, возглавляет группу лиц в рамках организации, которые, в качестве лечащей группы, отвечают за ваше текущее лечение. **Ваша лечащая группа включает в себя медработника, оказывающего вам первичную медицинскую помощь, дипломированную медицинскую сестру, психолога, координатора и специалиста по ведению пациентов.** Лечащая группа оказывает пациенту поддержку в самостоятельной организации своего лечения и достижении медицинских целей.
- ❖ Стоматологическое обслуживание под руководством медработника — медработник, оказывающий вам первичную медицинскую помощь, возглавляет группу лиц в рамках организации, которые, в качестве лечащей группы, отвечают за ваше текущее лечение. **Ваша лечащая группа включает в себя стоматолога, оказывающего вам первичную медицинскую помощь, стоматолога-гигиениста, медсестру стоматологического кабинета, медсестру стоматологического кабинета с расширенными функциями, психолога и координатора лечения.** Лечащая группа оказывает пациенту поддержку в самостоятельной организации своего стоматологического лечения и достижении стоматологических медицинских целей.
- ❖ Комплексную ориентацию на человека — медработник, оказывающий первичную медицинскую помощь, удовлетворяет все медицинские потребности пациента и организует работу совместно с врачами узкой практики, при необходимости.
- ❖ Психологическую помощь — медицинский «дом», ориентированный на пациента, предоставляет услуги штатных или сторонних психологов и психиатров. Медработник, оказывающий вам первичную медицинскую помощь, может направить вас к психологу для лечения хронического или психического заболевания.
- ❖ Координированную помощь — медицинский «дом», ориентированный на пациента, координирует все области системы здравоохранения, включая услуги специалистов, услуги больниц, медицинскую помощь на дому, а также услуги и поддержку со стороны общественных служб. Такая координация особенно важна при переводе пациента из одного места лечения в другое, например, при выписке из больницы.
- ❖ Доступные услуги — медицинский «дом», ориентированный на пациента, предоставляет доступные услуги с сокращенным временем ожидания в экстренных случаях, удобным графиком посещения и круглосуточным телефонным доступом к члену лечащей группы. **Телефон для обращения в нерабочее время: 660-851-7765**
- ❖ Качество и безопасность — медицинский «дом», ориентированный на пациента, стремится к улучшению качества услуг с использованием доказательной медицины и клинических инструментов диагностики для помощи врачам, пациентам и их семьям в принятии решений. Пациенты всегда имеют право отказаться от рекомендованного лечения, если это разрешено законом, а также получить информацию о медицинских последствиях в случае отказа. Вы можете высказать жалобы или рекомендации относительно наших услуг в устной или письменной форме. Вы можете направить претензию или жалобу в письменной форме в наш главный офис по адресу 821 Westwood, Sedalia, MO 65301, или позвонив по телефону нашего главного офиса 877-733-5824.
- ❖ Конфиденциальность — вы имеете право на конфиденциальность всех данных по вашему лечению, за исключением случаев, предусмотренных законом, или за исключением случаев, когда лечение оплачивается третьей стороной. Ваша история болезни или стоматологическая история доступна только лицам, непосредственно проводящим или контролирующим ваше лечение, контролирующим качество вашего лечения или уполномоченным законом или другими нормативными актами. Вы имеете право на доступ к вашей истории болезни в рамках законодательства и политики медицинского учреждения. Дополнительную информацию о своих правах на конфиденциальность см. в Уведомлении о конфиденциальности КТСН.

Обязанности пациента

Получаемая вами помощь частично зависит от вашего сотрудничества с врачами, включая открытую и честную коммуникацию, соблюдение рекомендаций и правил поведения клиники. Как пациент центра Katy Trail Community Health, вы обязаны:

1. Соблюдать все правила клиники, размещенные внутри и снаружи клиники. Относиться с уважением к другим людям, сотрудникам, имуществу других людей и имуществу центра Katy Trail Community Health.
2. Сообщать нам об изменениях следующей информации:
Имя, адрес, телефон(-ы), информация о страховке, о доходе и о размере вашей семьи
3. Предоставлять нам точную и полную информацию о ваших текущих симптомах, истории болезни, госпитализациях, медикаментах, о лечении, полученном в других учреждениях, о мероприятиях по самопомощи, о предварительных медицинских указаниях на случай утраты вами способности принимать решения, а также о других вопросах, относящихся к вашему лечению.
4. Соблюдать рекомендации, о которых вы договорились с вашей лечащей группой. В процессе самостоятельного контроля своего здоровья доводить план лечения до конца.
5. Задавать вопросы по своему лечению о том, чего вы не понимаете, включая риски тех или иных процедур, результаты и стоимость лечения.
6. Знать, какие медикаменты или препараты вы принимаете, почему вы их принимаете и как их правильно принимать, в соответствии с рекомендациями медработника, оказывающего вам первичную медицинскую помощь.
7. Звонить в свою аптеку и заказывать новую партию препаратов за 1 неделю до того, как они закончатся. В случае одобрения врачом КТСН ваш запрос будет выполнен в течение 72 часов. 7
8. Оперативно оплачивать счета в соответствии с финансовой политикой. 8
9. Следить за своими детьми во время нахождения в клинике. 9
10. Соблюдать запись на посещения, прибывать на прием вовремя и звонить не менее чем за 4 часа до приема для его отмены, если вы не можете прийти. КТСН сохраняет право отказать в обслуживании пациентам, которые трижды в течение 12 месяцев не приходят на прием по записи.
 - a. **МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ:** Новые пациенты должны приходить за 30 минут до приема. Об отмене записи извещайте нас не менее чем за 4 часа. Если вы пропускаете четыре приема у врача/психолога в течение календарного года, то в дальнейшем вы должны будете записываться у медсестры приемного отделения. Пациент может быть удален из этого списка, если напишет письмо и укажет, какие шаги он предпримет во избежание дальнейших пропусков приема.
 - b. **СТОМАТОЛОГИЯ:** Новые пациенты должны приходить за 30 минут до приема. Если вы опаздываете больше чем на **10 минут, ваша запись к стоматологу** будет отменена. Об отмене записи извещайте нас не менее чем за 24 часа. После пропуска двух приемов у стоматолога пациент должен будет выполнить одно из следующих действий: подождать шесть (6) месяцев, прежде чем записаться на прием; направить письмо поставщику медицинских услуг с просьбой записать его на прием; или обратиться к координатору медицинских услуг и обсудить устранение ограничений.

Я ознакомился (-лась) с **правами и обязанностями пациента** центра Katy Trail Community Health, и у меня была возможность получить копию моей истории болезни.

Подпись пациента или ответственного лица

Дата

Чтобы обеспечить вам высочайший уровень ухода, мы просим вас выполнить следующее:
РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ и/или ПОЛУЧЕНИЕ ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ЗДОРОВЬЕ
и определение всех других организаций/поставщиков услуг, в которых вы получали помощь в течение последних 2 лет.

ИЛИ

Если вы хотите, чтобы мы передали ваши записи другой организации/поставщику, пожалуйста, заполните форму, указав свою информацию.

При необходимости обратитесь на стойку регистрации за дополнительными формами.



**РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ и/или
ПОЛУЧЕНИЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**
(AUTHORIZATION TO DISCLOSE and/or OBTAIN PERSONAL HEALTH INFORMATION)

Centralized Medical Records
821 Westwood Drive, Sedalia, Missouri 65301
Phone: 877-733-5824, extension 1171
Fax: 866-208-0157
Email: medrecord@katyhealth.org

Полное имя пациента (Patient's Name)	_____
Дата рождения: (Date of Birth)	_____
Телефон (Phone Number)	_____
Номер SSN (SSN)	_____

Я разрешаю центру Katy Trail Community Health (отметить один пункт): (I authorize Katy Trail Community Health to (check one))

Предоставлять данные (Release Records TO) **Получите записи ОТ** (Получите записи ОТ (отправьте записи в электронном формате по электронной почте, факсу или на компакт-диске/флэш-накопителе)) (Obtain Records FROM (Please send records in electronic format via email, fax or CD/Flash Drive))

Фамилия, имя / учреждение: _____
(Name/Facility)

Адрес: _____
(Address)

Телефон: _____ **Факс:** _____
(Phone Number) (Fax Number)

Следующая информация относится к лечению, полученному В: (The following information is for treatment received from)	дата начала (Begin Date)	ДЛЯ (to)	Дата окончания (End Date)
_____	_____	_____	_____

Это разрешение относится к указанным ниже услугам (отметьте все подходящие варианты): (This authorization applies to the below services (Check all that apply))

Медицинские услуги (Medical) **Стоматология** (Dental) **Психологическая помощь** (включая помощь психиатра и психолога) (Mental Health (includes Psychiatry and Behavioral Health))

Предоставляемая информация — в соответствии с датами лечения и услугами, отмеченными выше (отметьте все подходящие варианты): (Information to be released - specific to treatment dates & service checked above (Check all that apply):

Заметки о посещениях (последние два года) (Visit Notes (last two years))

Результаты лабораторных/диагностических исследований (последние два года) (Laboratory/Diagnostic Test results (last two years))

Записи об иммунизации (прививках) (Immunization (shot) records)

Биллинговые записи (Billing Records)

Лицевой лист-резюме с вашими диагнозами, лекарствами и контактной информацией) (Face Sheet-Summary with yours diagnoses, medications & contact information)

(Конкретные записи, относящиеся к) (Specific records pertaining to) _____

Цель/основание для предоставления информации (отметьте все подходящие варианты) (Purpose/Reason for disclosure (Check all that apply):

Продолжение ухода (Continuation of Care) **Личные рекорды** (Personal Records) **Причины страхования** (Insurance Reasons) **Юридические причины** (Legal Reasons)

Я понимаю, что мои медицинские данные и данные о стоматологическом лечении, о психологической помощи и о платежах могут включать информацию об употреблении наркотиков и/или алкоголя, с учетом требований Раздела 42 Свода федеральных нормативных актов США, часть 2, о психиатрическом лечении, о заболеваниях, передаваемых половым путем, о результатах анализов на гепатит С или гепатит В или о лечении гепатита С или В и/или о результатах анализа на ВИЧ/СПИД (вирус иммунодефицита человека / синдром приобретенного иммунодефицита) и/или о лечении ВИЧ/СПИДа и/или другую конфиденциальную информацию. Подписываясь ниже, я даю согласие на передачу этой информации; в противном случае, предоставляя свои инициалы и сделав оговорку к этому пункту, я запрещаю передачу указанной конфиденциальной информации: _____ (I understand that my medical, dental, mental health and billing information may include information in reference to drug and/or alcohol abuse, CFR 42 Part 2, psychiatric treatment, sexually transmitted disease, Hepatitis C or Hepatitis B testing or treatment and/or HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome) testing and/or treatment, and/or other sensitive information. By signing below, I agree to its release, otherwise by initialing and qualifying this clause here I reject the release of these specially protected records.)

Процесс отзыва согласия: Я понимаю, что могу в любое время отозвать свое согласие в письменной форме у центра Katy Trail Community Health, за исключением случаев, когда информация уже была передана на основании этого согласия. Данное согласие, если не будет отозвано, истекает в следующую дату, при наступлении следующего события или условия: _____. Если я не указал (-а) дату, событие или условие для истечения срока действия согласия, оно действует в течение одного года с даты подписания. (Revocation Process: I understand that I may, by placing my request in writing to Katy Trail Community Health, revoke this authorization at any time, except to the extent that action has already been taken in reliance on this authorization. Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition: _____. If I fail to specify an expiration date, event, or condition, this authorization will expire one year from the date of signature.)

Повторное разглашение информации: Я понимаю, что согласие на разглашение указанной конфиденциальной информации является добровольным. Я могу отказаться от подписи данного согласия. Я не обязан (-а) подписывать эту форму для получения лечения. Я понимаю, что разглашение информации несет риск неразрешенного повторного разглашения, и информация может быть не защищена государственными нормами по конфиденциальности. Если у меня появятся вопросы о разглашении моей конфиденциальной информации, я могу обратиться к сотруднику по вопросам конфиденциальности центра Katy Trail Community Health. (Redisclosure: I understand that authorizing the disclosure of this protected health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I need not sign this form to assure treatment. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for unauthorized redisclosure, and information may not be protected by federal privacy standards. If I have questions about disclosure of my protected health information, I can contact the Privacy Officer for Katy Trail Community Health.)

Запрет на повторное разглашение: За исключением случаев, предусмотренных Федеральным законом 45 Свода федеральных нормативных актов США 164.524, эта информация предоставлена на основе данных, защищаемых Федеральным законом 42 Свода федеральных нормативных актов США, Часть 2. Получатель данной информации не вправе разглашать ее далее без специального письменного согласия лица, к которому она относится, или если иное не предусмотрено законом. Общего согласия на разглашение медицинской или иной информации недостаточно для данной цели. (Prohibition of Redisclosure: Except as provided under Federal Law 45 CFR 164.524, this information has been disclosed from records whose confidentiality is protected by Federal Law 42 CFR Part 2. The recipient of this information is prohibited from making any further disclosure of it without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose.)

Копия информации: Если вам нужна копия данной информации, проставьте свои инициалы здесь: _____
(Copy of Release: If you would like a copy of this release, initial here)

Подпись пациента: _____ **Дата:** _____
(Patient's Signature) (Date)

Подпись родителя / опекуна / законного представителя: _____ **Дата:** _____
(Parent or Legal Guardian/Representative Signature) (Date)

Расшифровка подписи родителя / опекуна / законного представителя: _____
(Parent or Legal Guardian/Representative Printed Name)

Кем приходится пациенту: Родитель (Parent) Юридический опекун (Legal Guardian) Законный представитель (Legal Representative)

Office Use Only: Records released by: _____ Date Completed: _____