

Информация о регистрации пациента

КАК ВЫ УЗНАЛИ О НАС?

ГАЗЕТА

СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ /
ПОИСК В ИНТЕРНЕТЕНАПРАВЛЕНИЕ СТРАХОВОЙ
КОМПАНИЕИ

СЕМЬЯ/ДРУГ

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ							
ИМЯ (фамилия, имя, второй инициал)		SSN (номер социального страхования) И/П	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ЯЗЫК	ОСНОВНОЙ ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	ПОЛ: М Ж	
АДРЕС ДЛЯ ВЫСТАВЛЕНИЯ СЧЕТОВ				ГОРОД	СТРАНА/ШТАТ	ИНДЕКС	
ФАКТИЧЕСКИЙ АДРЕС (если отличается от адреса для выставления счетов)				ГОРОД	СТРАНА/ШТАТ	ИНДЕКС	
ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН XXX-XXX-XXXX		РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН XXX-XXX-XXXX		СОТОВЫЙ ТЕЛЕФОН XXX-XXX-XXXX		ЭЛ.ПОЧТА (example@test.com)	
ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД СВЯЗИ (Требуется) Домашний телефон Рабочий телефон Сотовый телефон Эл. почта Текстовое сообщение		СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ			РАСА	ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ	
КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ СВЯЗИ В ЭКСТРЕННОЙ СИТУАЦИИ					ТЕЛЕФОН ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ СВЯЗИ XXX-XXX-XXXX		
АДРЕС			ТЕЛЕФОН №	ДОЛЖНОСТЬ			
ОСНОВНОЙ РАБОДАТЕЛЬ				ВТОРИЧНЫЙ РАБОДАТЕЛЬ (при наличии)			
АДРЕС				АДРЕС			
ГОРОД, СТРАНА, ИНДЕКС				ГОРОД, СТРАНА, ИНДЕКС			
РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН		ДОЛЖНОСТЬ		РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН		ДОЛЖНОСТЬ	
ДЕРЖАТЕЛЬ ПОЛИСА / ГАРАНТ (если отличается от пациента)							
ИМЯ (фамилия, имя, второй инициал)		SSN (номер социального страхования)	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ЯЗЫК	ОСНОВНОЙ ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	ПОЛ: М Ж	
АДРЕС ДЛЯ ВЫСТАВЛЕНИЯ СЧЕТОВ				ГОРОД	СТРАНА/ШТАТ	ИНДЕКС	
АДРЕС С УКАЗАНИЕМ УЛИЦЫ И НОМЕРА ДОМА (если отличается от адреса для выставления счетов)				ГОРОД	СТРАНА/ШТАТ	ИНДЕКС	
ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН XXX-XXX-XXXX		РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН XXX-XXX-XXXX		СОТОВЫЙ ТЕЛЕФОН XXX-XXX-XXXX		ЭЛ. ПОЧТА	
ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД СВЯЗИ (Требуется) Домашний телефон Рабочий телефон Сотовый телефон Эл. почта Текстовое сообщение		СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ			РАСА	ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ	
ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С ПАЦИЕНТОМ							
ПЕРВИЧНОЕ СТРАХОВАНИЕ							
НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ					ПОЛИС №		
ИМЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА				ДАТА РОЖДЕНИЯ	ГРУППА №		
ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С ПАЦИЕНТОМ					ДОПЛАТА: РСР (врач первичной медицинской помощи) ДОЛЛ. США		СПЕЦИАЛИСТ
АДРЕС СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ					ВЫЧИТАЕМАЯ ФРАНШИЗА - САМОСТ.		ВЫЧИТАЕМАЯ ФРАНШИЗА - ЧЛЕН СЕМЬИ
ГОРОД, СТРАНА, ИНДЕКС					ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ		ДАТА ИСТЕЧЕНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ
ВТОРИЧНОЕ СТРАХОВАНИЕ							
НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ					ПОЛИС №		
ИМЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА				ДАТА РОЖДЕНИЯ	ГРУППА №		
ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С ПАЦИЕНТОМ					ДОПЛАТА ДОЛЛ. США		
АДРЕС СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ					ВЫЧИТАЕМАЯ ФРАНШИЗА -		
ГОРОД, СТРАНА, ИНДЕКС					ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ		ДАТА ИСТЕЧЕНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ
СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ							
ИМЯ НАПРАВЛЯЮЩЕГО ВРАЧА				ВРАЧ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ			

СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ / ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ Я предоставляю Palomar Health Medical Group право проводить медицинское лечение и выполнять медицинские процедуры, по мере необходимости. Я уполномочиваю передавать медицинскую информацию моему страховщику или агентам страховщика для обработки моих платежей за услуги. Насколько мне известно, вся указанная выше информация является точной и верной.

ФИНАНСОВАЯ ПОЛИТИКА: Оплата в полном объеме или доплата ожидается во время предоставления услуги. Вы несете ответственность за предоставляемые услуги, которые не покрываются вашим планом медицинского обслуживания.

ВОЗМЕЩЕНИЕ СТРАХОВЩИКОМ ПОНЕСЕННЫХ РАСХОДОВ НЕПОСРЕДСТВЕННО УЧРЕЖДЕНИЮ, ОКАЗЫВАЮЩЕМУ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ: Настоящим, я уступаю все выплаты, выплачиваемые моей страховой компанией, Palomar Health Medical Group.

Подпись Пациента / Опекуна

Дата

Взаимоотношения с пациентом

Финансовое соглашение с пациентом

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Вычитаемая франшиза/Совместное страхование: Все применимые совместные страхования и франшизы подлежат оплате во время предоставления услуги. Будет предоставлена оценка, а оплата потребует до оказания услуг. Данная сумма не является окончательным платежом, и любой дополнительный остаток, причитающийся к уплате после рассмотрения заявления о страховом случае, будет выплачиваться после получения счета. **Инициалы** _____

Доплаты: Ваша страховая компания требует, чтобы мы взимали доплату на момент предоставления услуг. В соответствии с законами штата и федеральными законами, права на отказ по доплатам не имеется **Инициалы** _____

Чеки: За возвращенные чеки может взиматься комиссия в размере 30,00 долл. США. **Инициалы** _____

Пациенты, производящие оплату наличными: Суммы, которые вы уплачиваете за сегодняшнее плановое посещение учреждения, могут не являться вашим окончательным платежом. Другие расходы, которые могут быть начислены за сегодняшний прием, включают в себя, помимо прочего, лабораторные анализы, рентгеновские исследования, любые инъекции, специальные процедуры или дополнительные расходы на посещение учреждения. **Инициалы** _____

Передача заявлений: В порядке вежливости, Palomar Health Medical Group выставит счет по вашему страхованию. Предложение страховых выплат не является гарантией оплаты. Мы передадим ваши заявления и будем оказывать вам помощь до принятия положительного решения по заявлению. Оплата от вашей страховой компании ожидается в течение 45 дней. Через 45 дней, мы обратимся к вам за полной оплатой. Вы несете ответственность за все непокрытые страховкой услуги в соответствии с руководством вашей страховой компании. Если мы получим информацию, что вы не имеете право на покрытие, или у нас не имеется договора с вашей страховой компанией, вы будете нести ответственность за все понесенные издержки, а оплата должна быть произведена после получения счета. Вашей страховой компании может потребоваться, чтобы вы предоставили определенную информацию непосредственно им. Вы несете ответственность за своевременное выполнение данного требования. Вы несете ответственность за предоставление копии ваших последних страховых карт по всем применимым медицинским планам. Счета, оплата по которым просрочена на 90 дней, могут быть переданы в коллекторское агентство. **Инициалы** _____

Услуги по профилактическому лечению: Стандартные обследования могут покрываться вашей страховкой. Если во время вашего визита будет рассматриваться медицинская проблема, страховые выплаты по профилактическому лечению больше применяться не будут. Могут взиматься дополнительные сборы, включая, помимо прочего, доплаты, франшизы и совместное страхование. **Инициалы** _____

Дополнительные услуги: Лабораторные и амбулаторные радиологические процедуры оплачиваются отдельно сторонним поставщиком. При наличии любых вопросов относительно вашего счета, просим связаться непосредственно с ним. **Инициалы** _____

Возмещение страховщиком понесенных расходов непосредственно учреждению, оказывающему медицинские услуги: Настоящим предоставляется разрешение на раскрытие информации, которая может потребоваться (в соответствии с руководящими принципами HIPAA (Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования)) для обработки и заполнения моей страховой заявки, и оплата медицинской помощи должна производиться непосредственно Palomar Health Medical Group за все оказанные услуги. **Инициалы** _____

Пропущенные приемы: Просим обратить внимание, что за пропущенные приемы или отсутствие отмены за 24 часов до назначенного времени будет взиматься плата в размере 25,00 долл. США за отмену. Ответственность за данные сборы будет лежать на вас, и счет будет выставляться непосредственно на вас. Помогите нам обеспечивать вам лучшее обслуживание, приходите на запланированные приемы.

Если у вас возникнут финансовые трудности и вам потребуется договориться о специальном плане оплаты, просим связаться с нашей бухгалтерией.

Я подтверждаю, что ознакомился с вышеуказанными положениями, полностью согласен с ними. **Инициалы** _____

Я согласен с финансовой политикой Arch Health Medical Group, и понимаю, что несу финансовую ответственность за оплату всех медицинских услуг или лечения, которые мне предоставляются.

Подпись пациента/опекуна

Дата

ФИО пациента (печатными буквами)

Дата рождения

Разрешение на использование и раскрытие медицинской информации Palomar Health Medical Group Уполномоченным лицам



Заполнение настоящего документа уполномочивает раскрытие и использование вашей медицинской информации.

Непредоставление всей запрашиваемой информации может привести к недействительности данного разрешения.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

*ИМЯ (фамилия, имя, второй инициал)	ДЕВИЧЬЯ ИЛИ ДРУГАЯ ФАМИЛИЯ
*ДАТА РОЖДЕНИЯ	ТЕЛЕФОН

Я, _____ (пациент) (печатными буквами) настоящим уполномочиваю **Palomar Health Medical Group** передавать **любую и всю** информацию о моем *здоровье, медицинском состоянии* или *выставлении счетов за услуги* членам семьи или другим лицам, которые указаны выше. Это включает в себя устные обсуждения с медицинским/сестринским персоналом и копии моей медицинской карты.

УПОЛНОМОЧЕННЫЕ ЛИЦА

ФИО	ТЕЛЕФОН
ФИО	ТЕЛЕФОН
ФИО	ТЕЛЕФОН
ФИО	ТЕЛЕФОН
ФИО	ТЕЛЕФОН
ФИО	ТЕЛЕФОН
ФИО	ТЕЛЕФОН
ФИО	ТЕЛЕФОН
ФИО	ТЕЛЕФОН
ФИО	ТЕЛЕФОН
ФИО	ТЕЛЕФОН

*ЦЕЛЬ ТАКОГО РАСКРЫТИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ

По моему запросу Постоянный медицинский уход Другое _____

Указать ограничения (при наличии) относительно использования информации: _____

Разрешение на использование и раскрытие медицинской информации Palomar Health Medical Group уполномоченным лицам



*Истечение срока действия разрешения

Данное разрешение вступает в силу после подписания и прекращает действовать после направления письменного отзыва.

Права пациента

Я, пациент или законный представитель пациента, понимаю, что:

- › Я могу отозвать данное разрешение, в любое время, при направлении подписанного мной или от моего имени письменного уведомления по адресу:

Palomar Health Medical Group
15611 Pomerado Road Poway,
CA 92064

Если я отзову данное разрешение, данный отзыв не будет влиять на какие-либо действия, предпринятые до получения отзыва Партнерами Palomar Health.

- › Информация, раскрытая в соответствии с данным разрешением, может быть повторно раскрыта получателем и не защищается федеральным законом о конфиденциальности (HIPAA). Однако законодательство штата Калифорния запрещает лицу, получающему медицинскую информацию, производить ее дальнейшее раскрытие без получения другого разрешения на такое раскрытие, за исключением случаев, когда такое раскрытие требуется или разрешается по закону.
- › Я имею право получить копию настоящего Разрешения.

*

Подпись пациента/опекуна

Дата

*

В случае законного представителя, указать уровень взаимоотношений с пациентом

*Требуется для действительного Разрешения

Форма по многообразию для пациента



ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Уважаемый пациент Palomar Health Medical Group:

Федеральное правительство требует, чтобы каждый пациент предоставил ответы на следующие вопросы. Просим выбрать варианты, которые подходят вам больше всего, и вернуть представителю администрации.

**** Описания рас и этнической принадлежности указываются ниже**

Я идентифицирую свою расу как:
(Просим отметить крестиком)

Я отказываюсь
идентифицировать себя.

Американский индеец или представитель коренного населения Аляски

Азиат

Черный, Афро-Американец

Коренной Гаваец иной представитель Тихоокеанского региона

Островитянин Другой житель тихоокеанских островов

Другая раса- _____

Белый

Я идентифицирую свою этническую принадлежность, как: (Просим отметить крестиком)

Я отказываюсь
идентифицировать себя.

Представитель Центральной Америки

Кубинец

Доминиканец

Испаноязычный или Латиноамериканец/Испанец

Латиноамериканец, мексиканец

Не Испаноязычный или Латиноамериканец

Пуэрториканец

Южноамериканец

Испанец

Предпочтительный для меня язык:
(Просим отметить крестиком)

Английский

Испанский

Тагальский

Русский

Персидский/фарси

Прочее (указать) _____

****Раса определяется как «самоидентификация лица одной или несколькими социальными группами».**

****Этническая принадлежность определяется как самоидентификация лица на основании национальности, языка, культуры и религии, географии или происхождения семьи».**

НЕ НАПРАВЛЯТЬ В NG

Уведомление о *порядке использования личной информации*

В настоящем уведомлении описывается, каким образом может использоваться или раскрываться ваша медицинская информация, а также, каким образом вы можете получить доступ к данной информации. Просим внимательно изучить данный документ.

При возникновении каких-либо вопросов по данному уведомлению, свяжитесь с Отделом конфиденциальности Palomar Health Medical Group по номеру **1.877.376.3930**. В данном уведомлении описываются процедуры работы Palomar Health Medical Group, а также таковые следующих лиц:

- Любой медицинский работник, уполномоченный вносить информацию в вашу медицинскую карту.
- Все отделения и клиники Palomar Health Medical Group.
- Любой член волонтерской группы, которому мы разрешаем помогать вам, пока вы находитесь у нас на лечении.
- Все сотрудники, персонал и другие работники Palomar Health Medical Group.
- Аффилированные врачи

Все эти организации, объекты и местоположения следуют условиям настоящего уведомления. Кроме того, данные организации, объекты и местоположения могут обмениваться медицинской информацией друг с другом в целях лечения, оплаты или медицинских операций, описанных в настоящем уведомлении.

Поставщики услуг, участвующие в настоящем уведомлении (именуемые «мы»), понимают, что медицинская информация о вас и вашем здоровье является личной. Мы обязуемся защищать вашу медицинскую информацию. Мы записываем данные о лечении и услугах, которые вы получаете во время вашего визита к нам. Данные записи требуются нам, чтобы предоставить вам качественную медицинскую помощь и выполнить определенные юридические требования. Настоящее уведомление относится ко всем записям о вашем лечении, которые делаются любым из объектов Palomar Health Medical Group или аффилированных лиц, независимо от того, вносятся ли таковые персоналом Palomar Health Medical Group или вашим личным врачом. У вашего личного врача могут быть другие правила или уведомления, касающиеся использования и раскрытия врачом вашей медицинской информации, формируемой в кабинете врача или клинике. В настоящем уведомлении рассказывается о способах, с помощью которых мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию. В настоящем уведомлении также описываются ваши права и определенные обязательства , которые у нас имеются в отношении использования и раскрытия медицинской информации.

По закону мы обязаны обеспечивать конфиденциальность вашей медицинской информации (за некоторыми исключениями), уведомлять вас о наших юридических обязанностях и правилах конфиденциальности относительно вашей медицинской информации, уведомлять вас в случае нарушений в отношении вашей медицинской информации и следовать условиям действующего в настоящее время уведомления о порядке использования личной информации .

КАКИМ ОБРАЗОМ МЫ МОЖЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И РАСКРЫВАТЬ ВАШУ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ

Для каждой категории использования или раскрытия, мы предоставим объяснения относительно того, что мы имеем в виду, и попытаемся привести несколько примеров. Список случаев использования и раскрытия информации не является исчерпывающим. Однако все способы, с помощью которых нам разрешается использовать и раскрывать информацию, будут подпадать под одну из категорий.

РАСКРЫТИЕ ПО ВАШЕМУ ЗАПРОСУ

Мы можем раскрывать информацию по вашему запросу. Для такого раскрытия по вашему запросу может потребоваться ваше письменное разрешение.

Лечение – Мы можем использовать вашу медицинскую информацию для предоставления вам медицинского лечения или услуг. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию врачам, медсестрам, техническим специалистам, фармацевтам, студентам медицинских вузов или другим сотрудникам Palomar Health Medical Group, а также работникам, которые участвуют в обеспечении вашего благополучия во время вашего визита. Например, врачу, обеспечивающему лечение перелома ноги, может потребоваться знать, имеется ли у вас диабет, поскольку диабет может замедлить процесс заживления. Кроме того, врачу может потребоваться сообщить диетологу о наличии у вас диабета, чтобы мы могли организовать соответствующее питание. Различные отделы Palomar Health Medical Group также могут обмениваться вашей медицинской информацией, чтобы координировать различные необходимые вам операции, такие как рецепты, лабораторные исследования и рентгеновские снимки. Мы также можем раскрывать вашу медицинскую информацию лицам, не являющимся сотрудниками Palomar Health Medical Group, которые могут быть принимать участие в медицинском обслуживании после того, как вы покинете наше учреждение, например, квалифицированным медицинским организациям, агентствам медицинского обслуживания на дому и врачам или другим практикующим специалистам, включая, помимо прочего, вашего поставщика первичной медицинской помощи, , чтобы они могли оказывать помощь или координировать постоянный уход.

Для оплаты – Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию, чтобы можно было выставить счета за лечение и услуги, которые вы получаете в наших учреждениях, а также для обеспечения оплаты таковых вами, страховой компанией, третьей стороной или коллекторским агентством. Например, нам может потребоваться предоставить информацию о медицинской услуге, которую вы получили в клинике PNMG, в ваш план медицинского обслуживания, чтобы вам была обеспечена оплата или возмещение стоимости медицинской услуги. Мы также можем передать данные о предлагаемом лечении организации, ответственной за ваш медицинский план, для определения того, покрывается ли таковое вашим планом. Мы также можем предоставить основную информацию о вас и вашем медицинском плане, страховой компании или другом источнике оплаты врачам за пределами больницы, которые занимаются вашим лечением, чтобы помочь им в получении оплаты за свои услуги, которые они вам предоставляют.

Для предоставления медицинских услуг – Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для предоставления медицинских услуг и деловых операций, реализации различных мер, необходимых для работы наших медицинских учреждений и обеспечения того, чтобы все наши пациенты получали качественную медицинскую помощь. Например, мы можем использовать медицинскую информацию для анализа качества и безопасности нашего лечения и услуг, для оценки работы нашего персонала по обеспечению ухода за вами или для бизнес-планирования, управления и административных операций. Мы также можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию сторонней компании, которая предоставляет нам услуги, такие как аккредитационные, юридические, компьютерные или аудиторские услуги. Такие сторонние компании называются деловыми партнерами и по закону обязаны обеспечивать конфиденциальность вашей медицинской информации. Мы также можем раскрывать информацию врачам, медсестрам, техническим специалистам, студентам медицинских вузов и другому персоналу больницы в целях ознакомления и обучения. Мы можем удалить идентифицирующую вас информацию из этого набора медицинской информации, чтобы другие лица могли использовать ее для изучения медицинского обслуживания и оказания медицинской помощи, без получения данных о том, какого конкретного пациента таковая касается..

Деятельность по привлечению средств – Мы можем использовать информацию о вас или раскрывать такую информацию фонду, связанному с Palomar Health Medical Group, чтобы связаться с вами в рамках деятельности по сбору средств для нашей медицинской организации и ее работы. Вы имеете право отказаться от получения сообщений о привлечении средств. Если вы получите сообщение о привлечении средств , в нем будет указано, каким образом отказаться от получения таких сообщений.

Маркетинг и продажи – Для большинства видов использования и раскрытия медицинской информации в маркетинговых целях, а также для раскрытия информации,

представляющей собой продажу медицинской информации, требуется ваше разрешение.

Лицам, принимающим участие в вашем лечении или оплате за ваше лечение – Мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию другу или члену семьи, который задействован в вашем медицинском обслуживании. Мы также можем предоставить информацию лицу, помогающему оплачивать ваше лечение. Кроме того, мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию организации, оказывающей помощь в ликвидации последствий стихийных бедствий для того, чтобы ваша семья могла быть уведомлена о вашем состоянии, статусе и местонахождении.

В исследовательских целях – При определенных обстоятельствах, мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию в исследовательских целях. Например, исследовательский проект может включать в себя сравнение состояния здоровья и выздоровления всех пациентов, которые получали одно лекарственное средство, с таковыми, которые получали другой препарат, при том же состоянии. Однако в отношении всех исследовательских проектов применяется специальный процесс утверждения. С помощью данного процесса оценивается предлагаемый исследовательский проект и использование в нем медицинской информации, для того, чтобы попытаться сбалансировать потребности в исследованиях и потребности пациентов в обеспечении конфиденциальности их медицинской информации. Прежде чем мы будем использовать или раскрывать медицинскую информацию для исследований, проект будет одобрен в рамках данного процесса утверждения исследований, однако, тем не менее, мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию лицам, готовящимся к проведению исследовательского проекта, например, чтобы помочь им в поиске пациентов с особыми медицинскими потребностями, если медицинская информация не покидает стены наших учреждений или офисов.

Согласно требованиям законодательства – Мы будем раскрывать вашу медицинскую информацию в случаях, когда это потребуется в соответствии с федеральным законодательством, законодательством штата или местным законодательством.

Для предотвращения серьезной угрозы здоровью или безопасности – Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию, когда это необходимо для предотвращения серьезной угрозы вашему здоровью и безопасности или здоровью и безопасности общественности или другого лица. Однако любое раскрытие информации будет доступно исключительно тем лицам, которые могут помочь предотвратить угрозу.

Заметки по психотерапии – Для большинства случаев использования и раскрытия данных по психотерапии требуется ваше разрешение.

Донорство органов и тканей – Мы можем предоставлять медицинскую информацию организациям, которые занимаются заготовкой органов или трансплантацией органов, глаз или тканей, или банку донорства органов, если это требуется для содействия донорству и трансплантации органов или тканей .

Военные и ветераны – Если вы являетесь военнослужащим, мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию в соответствии с требованиями военного командования. Мы также можем предоставлять медицинскую информацию об иностранных военнослужащих соответствующему иностранному военному органу.

Компенсация работникам – Мы можем предоставлять медицинскую информацию о вас для предоставления компенсации работникам или реализации аналогичных программ. Эти программы предоставляют пособия в случае производственных травм или заболеваний.

Деятельность по общественному здравоохранению – Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию в целях общественного здравоохранения. Такая деятельность, как правило, включает в себя следующее:

- предотвращение или контроль заболеваний, травм или инвалидности;
- Отчетность о рождениях и смертях;
- Отчетность о жестоком обращении или халатности по отношению к детям, пожилым людям и взрослым, находящимся на иждивении;
- Отчетность о реакциях на лекарственные препараты или проблемах с продуктами;
- Уведомление людей об отзывах продуктов, которые они могут использовать;
- Уведомление лица, которое, возможно, подверглось или может подвергнуться риску заражения или распространения заболевания или состояния;

Уведомление соответствующего государственного органа, если мы полагаем, что пациент стал жертвой жестокого обращения, халатности или насилия в семье. Мы будем раскрывать такую информацию только в том случае, если вы согласны с этим, или когда это требуется или разрешается законом;

Уведомление сотрудников экстренных служб о возможном заражении ВИЧ/СПИДом в том объеме, в котором это необходимо для соблюдения законов штата и федеральных законов.

Деятельность по контролю в сфере охраны здоровья – Мы можем раскрывать медицинскую информацию службе по надзору в сфере охраны здоровья для осуществления деятельности, разрешенной законом. Такие надзорные мероприятия включают в себя, например, аудиты, расследования, инспекции и лицензирование.

Данные мероприятия необходимы правительству для контроля за системой здравоохранения, государственными программами и соблюдением законодательства в области гражданских прав.

Судебные процессы и споры – Если вы участвуете в судебном процессе или споре, мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию при направлении судебного или административного постановления. Мы также можем раскрыть вашу медицинскую информацию в ответ на повестку, запрос документов или другой законный процесс со стороны кого-либо другого лица, участвующего в споре, однако, только в том случае, если были предприняты все меры, чтобы сообщить вам о таком запросе (что может включать себя ваше письменное уведомление) или позволить вам получить защитный приказ по запрашиваемой информации.

Обеспечение исполнения закона – Мы можем предоставить медицинскую информацию, если соответствующий запрос поступит от сотрудника правоохранительных органов:

- В ответ на постановление суда, повестку, ордер, процессуальный документ или аналогичный процесс;
- Для выявления или определения местонахождения подозреваемого, скрывающегося от правосудия, важного свидетеля или пропавшего без вести лица;
- О жертве преступления, если при определенных ограниченных обстоятельствах мы не имеем возможности получить согласие такого лица;
- О смерти, которая, по нашему мнению, может являться результатом преступного поведения;
- О преступном поведении на нашем объекте; и
- В чрезвычайных обстоятельствах, сообщить о преступлении; о месте преступления или жертвах; или о личности, описании или местонахождении лица, совершившего преступление.

Следователи, судебно-медицинские эксперты и распорядители похорон – Мы можем предоставлять информацию следователям или судебно-медицинским экспертам. Это может быть необходимо, например, для идентификации умершего человека или определения причины его смерти. Мы также можем предоставлять медицинскую информацию о пациентах больницы распорядителям похорон, по мере необходимости, для выполнения их обязанностей.

Разведывательная деятельность и деятельность по обеспечению национальной безопасности – Мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию уполномоченным федеральным должностным лицам для ведения разведывательной деятельности, контрразведки и других операций в сфере национальной безопасности, разрешенных законом.

Службы охраны президента и других лиц – Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию уполномоченным федеральным должностным лицам для проведения расследований или обеспечения защиты Президента, других уполномоченных лиц или глав иностранных государств.

Лица, содержащиеся в учреждении закрытого типа – Если вы являетесь заключенным исправительного учреждения или находитесь под стражей сотрудника правоохранительных органов, мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию исправительному учреждению или сотруднику правоохранительных органов, как разрешается или требуется по закону. Такое раскрытие информации будет необходимо 1) для учреждения для предоставления вам медицинской помощи; 2) для защиты вашего здоровья и безопасности или здоровья и безопасности других лиц; или 3) для защиты и безопасности исправительного учреждения.

Специальные категории информации – В некоторых обстоятельствах на вашу медицинскую информацию могут распространяться ограничения, которые могут ограничивать или исключать некоторые виды использования или раскрытия, описанные в настоящем уведомлении. Например, существуют особые ограничения на использование или раскрытие определенных категорий информации — например, тесты на ВИЧ или лечение психических заболеваний или злоупотребление алкоголем и потребление наркотических средств.

Обмен медицинской информацией (НIE) – Мы можем передавать вашу медицинскую информацию в электронном виде другим организациям, где вы получаете медицинскую помощь. Обмен информацией в электронном виде представляет собой более быстрый способ передачи вашей медицинской информации медицинским работникам, обеспечивающим ваше лечение. Участники НIE обязаны соблюдать правила, защищающие конфиденциальность и безопасность вашей медицинской и личной информации.

Безопасный портал для пациентов – Мы создали веб-систему, которая называется Портал для пациентов, позволяющую нам безопасно коммуницировать и передавать вам медицинскую информацию. С вашего согласия вы получите идентификатор пользователя и пароль для доступа к Порталу для пациентов. Если ваш идентификатор пользователя или пароль для вашего Портала для пациентов будет получен другим лицом, ваша медицинская информация может быть раскрыта ненадлежащим образом. Просим незамедлительно уведомлять нас в том случае, если вы считаете, что доступ к вашему Порталу для пациентов осуществляется ненадлежащим образом.

ВАШИ ПРАВА ОТНОСИТЕЛЬНО ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, КОТОРАЯ РЕГИСТРИРУЕТСЯ И ХРАНИТСЯ НАМИ

У вас имеются права относительно медицинской информации о вас, которая регистрируется и хранится нами. Для того, чтобы воспользоваться своими правами относительно медицинской информации о вас, которая регистрируется и хранится нами, вы должны отправить письменный запрос в Palomar Health Medical Group, Отдел конфиденциальности, 15611 Pomerado Road, Suite 400, Poway, CA 92064.

ПРАВО НА ПРОВЕРКУ И ПОЛУЧЕНИЕ КОПИИ

У вас имеется право на проверку и/или получение копии вашей медицинской информации, включая результаты лабораторных анализов. Вы можете запросить электронную или бумажную копию своей медицинской информации.

Мы можем отклонить ваш запрос на проверку и получение копии в очень ограниченных обстоятельствах. Если вам отказано в доступе к медицинской информации, вы можете потребовать пересмотра отказа.

ПРАВО НА ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ

Если вы считаете, что имеющаяся у нас медицинская информация о вас является неверной или неполной, вы можете запросить изменения информации. Вы имеете право запрашивать внесение изменений до тех пор, пока информация хранится Palomar Health Medical Group. Ваш запрос должен быть сделан в письменном виде, и вы должны указать причину, являющуюся основанием вашего запроса. Мы можем отклонить ваш запрос в той мере, в которой это разрешается по закону.

Даже в случае отклонения вашего запроса о внесении изменений, вы имеете право подать заявление о несогласии.

ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ОТЧЕТА ПО РАСКРЫТИЯМ

Вы имеете право запросить отчет о раскрытиях. Это представляет собой список раскрытий вашей медицинской информации, помимо того, что мы используем такую для лечения, оплаты и медицинских операций, а также с другими исключениями в соответствии с законом. В вашем запросе должен быть указан период времени, который не может превышать шести лет, а также не может включать в себя даты до 14 апреля 2003 года. Первый список, который будет запрошен вами в течение 12 месяцев, предоставляется бесплатно. Для получения дополнительных списков мы можем взимать с вас плату.

ПРАВО НА ЗАПРОС ОГРАНИЧЕНИЙ

Вы имеете право запросить ограничение в отношении вашей медицинской информации, которую мы используем или раскрываем для лечения, оплаты или медицинских операций; для использования в указателе учреждения; или для членов семьи и других лиц, задействованных в уходе за вами. Мы не обязаны соглашаться с вашим запросом, за исключением случаев, когда запрашивается ограничение раскрытия информации для медицинской плана или страховщика исключительно в целях оплаты или медицинских операций, если вы или какое-либо другое лицо от вашего имени (кроме ответственного за медицинский план учреждения или страховщика) оплатили позицию или услугу из своего кармана в полном объеме.

ПРАВО НА ЗАПРОС КОНФИДЕНЦИАЛЬНЫХ СООБЩЕНИЙ

Вы имеете право сделать запрос о том, чтобы мы связывались с вами по медицинским вопросам определенным способом или в определенном месте. Мы удовлетворим все разумные запросы. В вашем запросе должно указываться, каким образом и где вы желаете, чтобы с вами связались.

ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ БУМАЖНОЙ КОПИИ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ

По запросу, вы имеете право на получение бумажной копии настоящего уведомления. Вы можете направить нам запрос о предоставлении бумажной копии настоящего уведомления в любое время. Даже если вы согласились получить настоящее уведомление в электронном виде, вы все равно имеете право на получение его бумажной копии. Вы можете получить копию настоящего уведомления на веб-сайте: **PalomarHealth.org**.

Изменения настоящего уведомления – Мы оставляем за собой право в любое время изменять настоящее уведомление и составлять новое уведомление по всей медицинской информации, которую мы храним, включая медицинскую информацию, которая у нас уже имеется о вас, а также относительно любой информации, которая будет получена нами в будущем. Мы будем размещать копию актуального уведомления во всех наших отделениях и на сайтах клиник.

Претензии – Если вы считаете, что ваши права на защиту личных данных были нарушены, вы можете направить претензию нам или секретарию Министерство здравоохранения и социального обеспечения США. Вы можете направить нам претензию, связавшись с Сотрудником по вопросам конфиденциальности по телефону **1.877.376.3930** или в письменной форме по адресу - Palomar Health Medical Group, Privacy Officer, 15611 Pomerado Road, Suite 400, Poway, CA 92064. Направление претензии не приведет к наложению штрафов или принятию ответных мер.

Претензии – Другие виды использования и раскрытия медицинской информации, не предусмотренные настоящим уведомлением или применимым законодательством, будут осуществляться только с вашего письменного разрешения. Если вы предоставляете нам разрешение на использование или раскрытие вашей медицинской информации, вы можете в любое время отозвать такое разрешение, направив запрос об этом в письменной форме. Если вы отзовете свое разрешение, это приведет к прекращению любого дальнейшего использования или раскрытия вашей медицинской информации в целях, предусмотренных вашим письменным разрешением, за исключением случаев, когда соответствующие действия уже были предприняты нами, полагаясь на ваше разрешение. Вы понимаете, что мы не можем отменить любые раскрытия, которые уже были сделаны с вашего разрешения, и что мы обязаны хранить наши записи о медицинских услугах, которые были вам оказаны.

Уведомление о порядке использования личной информации



Стикер пациента

ФИО пациента: _____

Дата рождения: _____ Номер истории болезни: _____

Подтверждение получения

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

ФИО пациента (печатными буквами)

Дата рождения пациента

Подпись пациента/опекуна

Дата

Телефон пациента XXX-XXX-XXXX

ФИО врача

Подписывая данную форму, пациент подтверждает получение «Уведомление о порядке использования личной информации» Palomar Health Medical Group. В нашем «Уведомлении о порядке использования личной информации» предоставляется информация о том, каким образом мы можем использовать и раскрывать защищаемую медицинскую информацию. Мы рекомендуем вам ознакомиться с документом в полном объеме.

Я подтверждаю получение «Уведомление о порядке использования личной информации» Palomar Health Medical Group.

Подпись пациента/опекуна

Дата

В случае законного представителя, указать уровень взаимоотношений с пациентом

Я желаю получать копию любого измененного Уведомления о порядке использования личной информации по эл. почте.

Адрес моей эл.почты: _____

Информация о предварительных медицинских указаниях PHMG



Стикер пациента

ФИО пациента: _____

Дата рождения: _____ Номер истории болезни: _____

Ваши права в качестве пациента Palomar Medical Group

У вас имеется законное право сообщать о своих пожеланиях относительно вашего медицинского обслуживания, включая право согласиться на лечение или отказаться от лечения. Документ «Предварительные медицинские указания» представляет собой средство уточнить ваши пожелания и сделать их юридически обязательными.

Что такое Предварительные медицинские указания?

Это юридический документ, который позволяет вам указать пожелания относительно искусственного поддержания жизненных функций. Он также позволяет вам указать лицо, которому вы доверяете принимать решения в случае вашей недееспособности. Данный документ заменяет документы «Волеизъявление» и «Медицинская доверенность». Вы можете определить врача первичной медицинской помощи и указать свои пожелания по применению СЛР, зондов для искусственного кормления, дыхательных аппаратов, обезболивающих средств, донорства органов и прочие пожелания.

Каким образом я могу получить более подробную информацию?

- › **Интернет-ресурсы**
http://ag.ca.gov/consumers/general/adv_hc_dir.php
<http://www.cmanet.org/about/patient-resources/end-of-life-issues/advance-directives>
<http://www.coalitionccc.org/>
- › **Буклет «Найдите свой путь»** представляет собой полезное руководство для того, чтобы обдумать и обсудить данные вопросы. Для получения копии, отправьте чек на 1,50 долл. США (уплачивается «CHCD») в Центр медицинских решений, 3400 Data Drive, Rancho Cordova, CA 95670, или сделайте заказ на сайте, www.chcd.org.

Каким образом я могу получить форму документа «Предварительные медицинские указания»?

Калифорнийская медицинская ассоциация – Набор, доступный за символическую плату (в настоящее время 6 долл. США)

1201 J St. STE 200 Тел.: **800.786.4262**
Сакраменто, CA 95814 Факс: **916.551.2036**

Получите форму онлайн бесплатно:
<http://ag.ca.gov/consumers/pdf/AHCDS1.pdf>

Какие прочие типы указаний доступны?

- › Распоряжения для врачей об искусственном поддержании жизни (POLST) - данный документ дополняет Предварительные медицинские указания, поскольку представляет собой подписанное и готовое распоряжение для врача на случай необходимости искусственного поддержания жизни. Можно сделать конкретные указания относительно СЛР и медицинских вмешательств, таких как искусственное дыхание и искусственное кормление.

У Palomar Health Medical Group имеется письменная политика относительно Предварительных указаний. Поставьте крестик в окошке ниже, если желаете получить более подробную информацию.

Пациенты: Поставьте крестик в соответствующем окошке:

- У меня имеются Предварительные указания и/или POLST. Я желаю предоставить Palomar Health Medical Group копию. [Предоставить копию одному из сотрудников или отправить по почте по адресу AHMG, 15611 Pomerado Road, Poway, CA 92064, Вниманию: Отдел медицинских записей.]
- У меня имеются Предварительные указания и/или POLST, однако, я не желаю предоставлять AHMG копию таковых.
- У меня не имеется Предварительных указаний и/или POLST.
- Мне бы хотелось получить более подробную информацию о политике по Предварительным указаниям Palomar Health Medical Group.

Подпись пациента или законного представителя пациента

Дата

История болезни

ИМЯ (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ВТОРОЙ ИНИЦИАЛ)	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОЛ: М Ж	СЕГОДНЯШНЯЯ ДАТА
АДРЕС	ТЕЛЕФОН	ЭЛ. ПОЧТА	

АПТЕЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

АПТЕЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ	АДРЕС	ТЕЛЕФОН №
АПТЕЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ	АДРЕС	ТЕЛЕФОН №

МЕДИЦИНСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, БЕЗРЕЦЕПТУРНЫЕ ЛЕКАРСТВА И ВИТАМИНЫ

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА, ДОЗИРОВКА, ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ	НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА, ДОЗИРОВКА, ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ

АЛЛЕРГИИ У ВЗРОСЛЫХ

ПРИМЕЧАНИЕ: УКАЗАННЫЕ ЗДЕСЬ АЛЛЕРГИИ НЕ БУДУТ СВЕРЯТЬСЯ С ТЕКУЩИМ СПИСОМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.

АКУПРИЛ (КВИНАПРИЛ)	ДЕМЕРОЛ	ЛАТЕКС	ПРЕВАЦИД
АЦЕТАМИНОФЕН	ДЕПАКОТ	ЛЕВОФЛОКСАЦИН	ПРИЛОСЕК
АЦИКЛОВИР	ДИАБЕТА (ГЛИБУРИД)	ЛИДОКАИН	ПРИНИВИЛ
АДВИЛ (ИБУПРОФЕН)	ДИАМОКС	ЛИПИТОР	ХИНОЛОНЫ
АЛЬТАС (РАМИПРИЛ)	ДИКЛОКСАЦИЛЛИН	ЛОДИН	РАНИТИДИН
АМПИЦИЛЛИН	ДОКСИЦИКЛИН	ЛОПРЕССОР (МЕТОПРОЛОЛ)	СЕПТРА (СУЛЬФАМЕТОКСАЗОЛ)
АМАРИЛ (ГЛИМЕПИРИД)	ЭГГ	МИКРОНАЗА (ГЛИБУРИД)	СУЛЬФА
АУГМЕНТИН (АМОКСИЦИЛЛИН)	ЭРИТРОМИЦИН	МИНОЦИН (МИНОЦИКЛИН)	ТАГАМЕТ (ЦИМЕТИДИН)
АСПИРИН	ФАМОТИДИН	МОРФИН	ТЕГРЕТОЛ (КАРБАМАЗЕПИН)
БАКТРИМ (СУЛЬФАМЕТОКСАЗОЛ)	ФЛАГИЛ	МОТРИН (ИБУПРОФЕН)	ТЕНОРМИН (АТЕНОЛОЛ)
БИАКСИН	ФЛОКСИН	НАПРОСИН (НАПРОКСЕН)	СТОЛБНЯЧНЫЙ ТОКСИН
КАРАФАТ (СУКРАЛЬФАТ)	ГЛЮЦЕТРОЛ (ГЛИПИЗИД)	НЕПТАЗАН	ТЕТРАЦИКЛИН
ЦЕКЛОР (ЦЕФАКЛОР)	ГЕПАРИН	НИАЦИН	ТИКЛИД
ЦЕЛЕБРЕКС	ИБУПРОФЕН	ОКСИКОДОН	ВАЛИУМ (ДИАЗЕПАМ)
ЦЕФАЛОСПОРИНЫ	ИНДЕРАЛ (ПРОПРАНОЛОЛ)	АРАХИС	ВАНКОМИЦИН
ЦИПРО (ЦИПРОФЛОКСАЦИН)	ИНДОЦИН (ИНДОМЕТАЦИН)	ПЕНИЦИЛЛИН	ВАЗОТЕК
КЛИНОРИЛ (СУЛИНДАК)	ИНСУЛИН (ЖИВОТНЫЙ)	ПЕРКОЦЕТ (ОКСИКОДОН)	ЗЕСТРИЛ
КОНТРАСТНЫЕ СРЕДСТВА (ИОВЕРСОЛ)	ЙОД ИЛИ МОЛЛЮСКИ	ПЕРСАНТИН	ЦИТРОМАКС
КОДЕИН	КЕФЛЕКС (ЦЕФАЛЕКСИН)	ПЛАВИКС	ЗОКОР
КУМАДИН	КЛОНОПИН	ФЕНИТОИН	ЗИЛОПРИМ (АЛЛОПУРИНОЛ)
ДАРВОН	ЛАЗИКС (ФУРОСЕМИД)	ПРАВОКОЛ	

История болезни

ПИЩЕВЫЕ АЛЛЕРГИИ / ПРОЧИЕ АЛЛЕРГИИ

МЕДИЦИНСКИЙ АНАМНЕЗ

АЛЛЕРГИИ	ДАТА НАЧАЛА	ЗАБОЛЕВАНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ	ДАТА НАЧАЛА
АНЕМИЯ	ДАТА НАЧАЛА	ГЭРБ	ДАТА НАЧАЛА
АНГИНА	ДАТА НАЧАЛА 12/6/17	ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, МИГРЕНЬ	ДАТА НАЧАЛА
ТРЕВОЖНОСТЬ	ДАТА НАЧАЛА	БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	ДАТА НАЧАЛА
АРТРИТ	ДАТА НАЧАЛА	БОЛЕЗНЬ СЕРДЕЧНОГО КЛАПАНА	ДАТА НАЧАЛА
АСТМА	ДАТА НАЧАЛА	ГЕПАТИТ / ЗАБОЛЕВАНИЕ ПЕЧЕНИ	ДАТА НАЧАЛА
МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ	ДАТА НАЧАЛА	ГИПЕРТОНИЯ	ДАТА НАЧАЛА
ТРОМБЫ	ДАТА НАЧАЛА	СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА	ДАТА НАЧАЛА
РАК	ДАТА НАЧАЛА	ИНФАРКТ МИОКАРДА	ДАТА НАЧАЛА
АРИТМИЯ СЕРДЦА	ДАТА НАЧАЛА	ОСТЕОПОРОЗ	ДАТА НАЧАЛА
ХОБЛ	ДАТА НАЧАЛА	ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ	ДАТА НАЧАЛА
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА	ДАТА НАЧАЛА	ЭПИЛЕПСИЯ	ДАТА НАЧАЛА
ДЕПРЕССИЯ	ДАТА НАЧАЛА	ИНСУЛЬТ	ДАТА НАЧАЛА
ДИАБЕТ	ДАТА НАЧАЛА	ЗАБОЛЕВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	ДАТА НАЧАЛА
ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ	ДАТА НАЧАЛА	ДРУГОЕ	ДАТА НАЧАЛА

ХИРУРГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

АНГИОПЛАСТИКА	ДАТА	ЭКСТРАКЦИЯ КАТАРАКТЫ	ДАТА	ЛАЗЕРНЫЙ КЕРАТОМИЛЁЗ	ДАТА
АППЕНДЕКТОМИЯ	ДАТА	ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ	ДАТА	МАСТЭКТОМИЯ	ДАТА
АРТРОСКОПИЯ	ДАТА	КОЛЭКТОМИЯ	ДАТА	МИОМЭКТОМИЯ	ДАТА
ОПЕРАЦИЯ НА СПИНЕ	ДАТА	КОЛОСТОМИЯ	ДАТА	Открытая репозиция с внутренней фиксацией	ДАТА
ДВУСТОРОННЯЯ ПЕРЕВЯЗКА МАТОЧНЫХ ТРУБ	ДАТА	РАСШИРЕНИЕ И ВЫСКАБЛИВАНИЕ	ДАТА	ТИРЕОИДЭКТОМИЯ	ДАТА
ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ	ДАТА	ОБХОДНОЙ ЖЕЛУДОЧНЫЙ АНАСТОМОЗ	ДАТА	ТОНЗИЛЭКТОМИЯ	ДАТА
УВЕЛИЧЕНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ	ДАТА	ПЛАСТИКА ГРЫЖИ	ДАТА	ДРУГОЕ	ДАТА
АКШ	ДАТА	ЗАМЕЩЕНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	ДАТА		
КАРДИОСТИМУЛЯТОР	ДАТА	ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ	ДАТА		
РАСКРЫТИЕ ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА	ДАТА	ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА	ДАТА		

История болезни

СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ		Нет
ВЗАИМООТНОШЕНИЯ		ЖИВ И ЗДОРОВ
ФИО ЧЛЕНА СЕМЬИ		СКОНЧАЛСЯ
СДВ/СДВГ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
АЛКОГОЛИЗМ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
АЛЛЕРГИИ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
АРТРИТ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
АСТМА	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ЗАБОЛЕВАНИЕ КРОВИ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
РАК	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (ИБС)	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ДЕПРЕССИЯ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ЗАДЕРЖКА В РАЗВИТИИ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ДИАБЕТ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ЭКЗЕМА	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ДЕФЕКТ СЛУХА	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ГИПЕРТОНИЯ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
НАРУШЕНИЕ ОБУЧАЕМОСТИ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
МИГРЕНИ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ОЖИРЕНИЕ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ОСТЕОПОРОЗ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
БОЛЕЗНЬ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ЭПИЛЕПСИЯ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ИНСУЛЬТ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ЗАБОЛЕВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ДРУГОЕ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ

СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ – Продолжение		
ВЗАИМООТНОШЕНИЯ		ЖИВ И ЗДОРОВ
ФИО ЧЛЕНА СЕМЬИ		СКОНЧАЛСЯ
СДВ/СДВГ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
АЛКОГОЛИЗМ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
АЛЛЕРГИИ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
АРТРИТ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
АСТМА	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ЗАБОЛЕВАНИЕ КРОВИ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
РАК	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (ИБС)	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ДЕПРЕССИЯ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ЗАДЕРЖКА В РАЗВИТИИ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ДИАБЕТ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ЭКЗЕМА	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ДЕФЕКТ СЛУХА	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ГИПЕРТОНИЯ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
НАРУШЕНИЕ ОБУЧАЕМОСТИ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
МИГРЕНИ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ОЖИРЕНИЕ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ОСТЕОПОРОЗ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
БОЛЕЗНЬ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ЭПИЛЕПСИЯ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ИНСУЛЬТ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ЗАБОЛЕВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ
ДРУГОЕ	ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ	ПРИЧИНА СМЕРТИ

История болезни

СОЦИАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ

ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ПОЕЗДКИ И ПУНКТ НАЗНАЧЕНИЯ:

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ПРИВЫЧКИ (ОТМЕТЬТЕ КРЕСТИКОМ ВСЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВАРИАНТЫ)

ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ:				ВЕС: 10 ЛЕТ НАЗАД?				5 ЛЕТ НАЗАД?				ТЕКУЩИЙ ВЕС?				
ОТЛИЧНО		ХОРОШО		СРЕДНЕ		ПЛОХО										
РЕГУЛЯРНЫЕ ЗАНЯТИЯ СПОРТОМ?	ДА	НЕТ	КУРЕНИЕ?	ДА	НЕТ	АЛКОГОЛЬ?	ДА	НЕТ	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОФЕИНА?	ДА	НЕТ					
СРОК ПОСТОЯННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ? (ГОДА)			СИГАРЕТЫ	ТРУБКА	СИГАРЫ	КОЛИЧЕСТВО ПОРЦИЙ В ДЕНЬ/НЕДЕЛЮ				КОЛИЧЕСТВО ЧАШЕК КОФЕ/ДЕНЬ?						
ТИП:			ПАЧЕК В ДЕНЬ:				БРОСИЛИ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				КОЛИЧЕСТВО ЧАШЕК ЧАЯ/ДЕНЬ?					
ЧАСТОТА (НЕД./ВРЕМЯ)			ГОДЫ КУРЕНИЯ:				ГОДЫ, КОГДА БРОСИЛИ:				КОЛИЧЕСТВО БАНОК/СТАКАНОВ С ГАЗИРОВАННЫМИ НАПИТКАМИ?					

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

ПОСЛЕДНЯЯ МЕНСТРУАЦИЯ:	НЕБОЛЬШОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ	РЕГУЛЯРНЫЙ ЦИКЛ	ПОСЛЕДНИЙ МАЗОК ПО ПАПАНИКОЛУ
ПРОКЛАДКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ТЕЧЕНИЕ 24 Ч	СИЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ	ВОЗРАСТ ПЕРВОЙ МЕНСТРУАЦИИ	НЕРЕГУЛЯРНЫЙ ЦИКЛ	ПОСЛЕДНИЙ АНОМАЛЬНЫЙ МАЗОК ПО ПАПАНИКОЛУ
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТАМПОНОВ	БЕРЕМЕННОСТИ	РОДЫ:		МЕНОПАУЗА

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ (ОТМЕТЬТЕ КРЕСТИКОМ ВСЕ АКТУАЛЬНЫЕ ПОЗИЦИИ) Нет

УВЕЛИЧЕНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ	ЛАМПЭКТОМИЯ	ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ (ОБЩАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ)	МИОМЭКТОМИЯ	САЛЬПИНГООВАРИЭКТОМИЯ
ДВУСТОРОННЯЯ ПЕРЕВЯЗКА МАТОЧНЫХ ТРУБ	КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ	МАСТЭКТОМИЯ	ОПЕРАЦИЯ УМЕНЬШЕНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	ГИСТЕРЭКТОМИЯ ВЛАГАЛИЩА
БИОПСИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	РАСШИРЕНИЕ И ВЫСКАБЛИВАНИЕ	ДРУГОЕ:		

ВАКЦИНАЦИИ

ГРИПП	ПНЕВМОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ	ГЕПАТИТ В	МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ	СТОЛБНЯК
СУХОЙ ТУБЕРКУЛИН, ОЧИЩЕННЫЙ ОТ БЕЛКОВ СРЕДЫ (ИССЛЕДОВАНИЕ НА ТУБЕРКУЛЕЗ)		ДРУГОЕ:		

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ УКАЗАНИЯ

Имеются ли у вас Предварительные указания и/или POLST. Да Нет

Желаете ли вы обсудить Предварительные указания? Да Нет