

اطلاعات ثبت نام بیماران

شما چگونه راجع به ما مطلع شدی؟

نام (خانوادگی، کوچک، I.M.I.)	تاریخ تولد	زبان	ارجاع بیمه	رسانه های اجتماعی/جستجوی شبکه	روزنامه	خانواده/نوست
اطلاعات بیمار						
جنسيت: ذکر مونت	ارانه کننده مرافقت اولیه			N/A	SSN	
ک	ایالت	شهر				نشانی ارسال صورتحساب
ک	ایالت	شهر				نشانی فزیکی (در صورت تفاوت با نشانی ارسال صورتحساب)
(example@test.com)	ایمیل	XXX-XXX-XXXX	تلفن همراه		تلفن محل کار XXX-XXX-XXXX	تلفن خانه XXX-XXX-XXXX
قومیت	نژاد				وضعیت تأهل	روشن ترجیحی برقراری ارتباط (ضروری) خانه محل کار تلفن همراه ایمیل متن
XXXX-XXX-XXXX	تلفن اضطراری					نام تمدن اضطراری
مشغله	شماره تلفن					نشانی
	کارفرمای ثانویه (در صورت کاربرد)					کارفرمای اولیه
		نشانی				نشانی
	شهر، ایالت، کد پستی					شهر، ایالت، کد پستی
مشغله	تلفن محل کار				مشغله	تلفن محل کار
دارنده بیمه نامه/ضامن (اگر با بیمار متفاوت است)						
جنسيت: ذکر مونت	ارانه کننده مرافقت اولیه				SSN	
ک	ایالت	شهر				نشانی ارسال صورتحساب
ک	ایالت	شهر				نشانی خیابان (اگر با نشانی صورتحساب متفاوت است)
ایمیل		XXX-XXX-XXXX	تلفن همراه		تلفن محل کار XXX-XXX-XXXX	تلفن خانه XXX-XXX-XXXX
القومیت	نژاد				وضعیت تأهل	روشن ترجیحی برقراری ارتباط (ضروری) خانه محل کار تلفن همراه ایمیل متن
						رابطه با بیمار
بیمه اولیه						
شماره بیمه نامه						نام شرکت بیمه
شماره گروه	تاریخ تولد					نام دارنده بیمه نامه
مخخص	PCP مبلغ پرداخت مشترک	\$				رابطه با بیمار
مبلغ قابل کسر خود	مبلغ قابل کسر خود					نشانی شرکت بیمه
تاریخ انقضاء	تاریخ اجرا					شهر، ایالت، کد پستی
بیمه ثانویه						
شماره بیمه نامه						نام شرکت بیمه
شماره گروه	تاریخ تولد					نام دارنده بیمه نامه
مبلغ پرداخت مشترک	\$					رابطه با بیمار
مبلغ قابل کسر						نشانی شرکت بیمه
تاریخ انقضاء	تاریخ اجرا					شهر، ایالت، کد پستی
اطلاعات ارجاعی						
			پزشک مرافقت اولیه			نام پزشک معالج

روضایت از درمان/انتشار اطلاعات: من به Palomar Health Medical Group اجازه میدهم درمان پزشکی را در صورت ضرورت انجام دهد. من اجازه میدهم اطلاعات پزشکی در اختیار بیمه گر، یا نمایندگان بیمه گر قرار گیرد تا پرداختهای برای خدمات را پردازش کند. تا آنجا که من میدانم، همه اطلاعات فوق درست و واقعی است.

بیمه نامه مالی: پرداخت به طور کامل یا پرداخت با هم در زمان انجام خدمت مورد نظر است. خدمات ارانه شده ای که بکی از مزایای پوشش برنامه سلامت شما نیستند مسئولیت شما خواهد بود.

وأکذاری منافع: بدینوسیله اینجانب همه منافع قابل پرداخت از سوی شرکت بیمه ام را به Palomar Health Medical Group واگذار میکنم.

نسبت با بیمار

تاریخ

امضای بیمار/قیم

قابل کسر/بیمه مشترک: کل بیمه اتفاقی و مبالغ کسری قابل اجرا در زمان ارائه خدمت لازم است پرداخت شوند. برآورده صورت خواهد گرفت و مبالغ قابل کسری در زمان انجام خدمت باید پرداخت شود. این پرداخت نهانی نیست و هرگونه مانده اضافی لازم که بعد از درخواست بیمه مقرر شود منوط به دریافت صورتحساب خواهد بود. **اقدامات اولیه**

پرداختهای مشترک: شرکت بیمه شما را موظف میکند تا پرداختهای مشترک را در زمان ارائه خدمت جمع کنیم. طبق قوانین ایالتی و فدرال، پرداختهای مشترک قابل چشم پوشی خواهد بود. **اقدامات اولیه**

چکها: چکهای برگشته ممکن است مشروط به پرداخت هزینه \$30.00 باشند. **اقدامات اولیه**

بیماران پرداخت نقدی: مبالغی که برای دیدار شغلی برنامه ریزی شده میپردازید ممکن است پرداخت نهانی شما نباشد. هزینه های دیگری که ممکن است باخاطر قرار امروز به وجود آید شامل، اما نه محدود به، تستهای آزمایشگاهی، تستهای اشعه ایکس، هر نوع تزریق، روندهای خاص یا هزینه های دیدار شغلی اضافی هستند. **اقدامات اولیه**

تسليمه دادخواستها: با احترام، Palomar Health Medical Group بیمه شما خواهد بود. مظنه دادن از منافع تضمین پرداخت نیست. ما دادخواستهای شما را تسليم و به شما تا زمانی که مطالبه شما برآورده شود کمک خواهیم کرد. انتظار داریم پرداخت از سوی شرکت بیمه شما ظرف 45 روز انجام شود. بعد از 45 روز، برای پرداخت کامل به شما رجوع خواهیم کرد. مطابق دستورالعملهای شرکت بیمه، شما مسئول همه خدماتی هستید که تحت پوشش قرار نگرفته اند. اگر اطلاعی دریافت کنیم که واحد شرایط پوشش نیستید یا با شرکت بیمه شما قرار داد نداشته باشیم، مسئول همه هزینه هایی به بار آمد هستید و پرداخت به محض رسید صورتحساب بر عهده شما خواهد بود. ممکن است شرکت بیمه شما نیاز به ارائه اطلاعاتی خاص به صورت مستقیم از شما داشته باشند. مسئولیت شما برآوردن درخواست آنها در زمان مناسب خواهد بود. شما مسئولیت دارید یک کپی از تازه ترین کارت‌های بیمه خود را برای همه برنامه های سلامتی کاربردی ارائه دهید. صورت حساب‌هایی که 90 روز از سرسیز آنها کشته باشد به یک موسسه وصول ارجاع خواهد شد. **اقدامات اولیه**

خدمات مراقبتی پیشگیری کننده: معاینات معمول ممکن است تحت پوشش بیمه شما قرار گیرد. وقتی به یک مشکل سلامتی در زمان ویزیت پرداخته میشود، مزایای پیشگیری کننده دیگر اجرا خواهد شد. هزینه های اضافی ممکن است شامل، اما نه محدود به، پرداختهای مشترک، مبالغ قابل کسر و بیمه اتفاقی باشند. **اقدامات اولیه**

خدمات فرعی: روندهای آزمایشگاهی و بیماران سرپائی به صورت جداگانه از سوی یک ارائه دهنده بیرونی صورتحساب خواهد شد. در صورت هرگونه سوال در مورد صورتحساب مستقیماً با آنها تماس بگیرید. **اقدامات اولیه**

واگذاری منافع: بدبینیله مجوز نشر اطلاعات در صورت ضرورت (مطابق با دستورالعملهای HIPAA) برای انجام و تکمیل درخواست بیمه من و پرداخت مزایای پژوهشی که باید مستقیماً به Palomar Health Medical Group باخاطر همه خدمات انجام شده پرداخت شود، اعطای میشود. **اقدامات اولیه**

قرارهای از دست رفته: لطفاً به یاد داشته باشید که هزینه تاخیر \$25.00 برای قرارهای از دست رفته یا ناتوانی در لغو قرار ظرف 24 ساعت قبل از زمان برنامه ریزی شده اجرا خواهد شد. این هزینه ها بر عهده شما خواهد بود و مستقیماً به صورتحساب شما نوشته خواهد شد. لطفاً به ما کمک کنید از طریق تداوم قرارهای برنامه ریزی شده منظم کمکتان کنیم.

اگر در هر زمانی دچار مشکل مالی شدید و نیاز به ترتیبات خاص طرح پرداخت داشتید، لطفاً با دفتر صورتحساب ما تماس بگیرید.

من اظهارات فوق را خواندم و درک میکنم. **اقدامات اولیه**

من توافق میکنم که از سیاستهای مالی Arch Health Medical Group اطاعت کنم و، درک میکنم که از نظر مالی مسئول پرداخت همه خدمات مالی یا معالجات انجام شده با حساب خود باشم.

تاریخ

امضای بیمار/قیم

تاریخ تولد

نام بیمار (لطفاً چاپ شود)



اجازه استفاده یا افشای اطلاعات سلامت از سوی Palomar Health Medical Group برای اشخاص مشخص شده

تمکیل این سند افشا و استفاده از اطلاعات سلامت در مورد شما را مجاز نمی‌کند.
عدم ارائه همه اطلاعات درخواست شده ممکن است این مجوز را بی اعتبار کند.

اطلاعات بیمار	
نام خانوادگی اصلی یا نام دیگر	*نام (خانوادگی، کوچک، M.I.)
تلفن	*تاریخ تولد

اینجانب، **Palomar Health Medical Group** که افشا کند **بخشی یا همه آن اطلاعات مربوط به سلامتی و شرایط پزشکی من یا صور تحساب خدمات برای اعضای خانواده یا اشخاص دیگر، که در زیر تصریح شده است. این شامل بحثهای شفاهی با کارکنان پزشکی/پرستاری و کپی سوابق پزشکی من میشود.**

*هدف این اطلاع رسانی این است

به درخواست خودم در مورد ادامه مراقبت پزشکی دیگری

تصویب محدوده دستها (در صورت وجود) در مورد استفاده از اطلاعات:



اجازه استفاده یا افشار اطلاعات سلامت از سوی Palomar Health Medical Group برای اشخاص مشخص شده

*انقضای مجوز

به محض امضاء این مجوز لازم الاجراست و با درخواست کتبی بازپس گیری من منقضی میشود.

حقوق بیمار

من، بیمار یا نماینده قانونی او، درک میکنیم که:

﴿ ممکن است این مجوز را در هر زمانی به صورت مکتوب، که به امضای من یا از طرف من امضاء شده و به افراد زیر تحویل داده شده یا برای آنان پست گردیده بازپس بگیرم:

Palomar Health Medical Group
,Pomerado Road Poway 15611
92064 CA

اگر این مجوز را پس بگیرم، هیچ تاثیری بر اقداماتی که قبل از دریافت آن از سوی Palomar Health Partners انجام گرفته نخواهد داشت.

﴿ اطلاعات افشاء شده به موجب این مجوز را میتواند دوباره از سوی گیرنده افشاء گردد و ممکن است بیش از آن از سوی قانون حريم خصوصی فدرال HIPAA محافظت نشود. در هر صورت، قانون California مانع شخص دریافت کننده اطلاعات سلامتی من برای افشاری بیشتر آن خواهد شد مگر آنکه مجوز دیگری برای این افشاگری از سوی من صادر شود یا این که این افشاگری به صورت خاص لازم باشد یا قانون اجازه آن را داده باشد.

﴿ من حق داشتن نسخه ای از این مجوز را خواهم داشت.

*

تاریخ

امضای بیمار/قیم

*

در صورت نماینده قانونی بودن، اعلام نسبت با بیمار

* مورد نیاز برای مجوز معتبر

:Palomar Health Medical Group بیمار گرامی

دولت فدرال درخواست دارد سوالهای زیر از هر بیماری پرسیده شود. لطفاً اولویتی را که بیش از همه مناسب شماست انتخاب کنید و این را به شخص اداری اول برگردانید.* برای شرح مربوط به نژاد و قومیت به ذیل رجوع کنید

بومی امریکائی یا بومی آلاسکا

من نژاد خود را به عنوان...میشناسم: (لطفاً یکی را بررسی کنید)

آسیانی

من شباخت تام را رد میکنم.

سیاهپوست، امریکائی افریقائی تبار

بومی هاوائی یا دیگر اقوام پاسیفیک

جزیره نشین دیگر جزیره نشین پاسفیک

نژاد دیگر -

سفید

من قومیت خود را به عنوان...میشناسم: (لطفاً یکی را بررسی کنید)

امریکای مرکزی

من شباخت تام را رد میکنم.

کوبانی

دو مینیکن

هیسپانیک یا لاتین/اسپانیانی

لاتین/امریکائی/لاتین، مکزیکی لاتین

غیر هیسپانیک/لاتین

پورتوریکوئی

امریکای جنوبی

اسپانیولی

اولویت زبانی من.... است: (لطفاً یکی را بررسی کنید)

انگلیسی

اسپانیائی

تاتکالوگ

روسی

ایرانی/فارسی

دیگر (لطفاً مشخص کنید)

*نژاد به صورت "شناخت هویت خود فرد با یک یا گروه اجتماعی یا بیشتر" تعریف میشود.

*قومیت به عنوان "شناخت هویت فرد خود بر اساس ملت، زبان، فرهنگ یا زبان، جغرافیا یا خاستگاه خانواده" تعریف میشود.

اطلاعیه شیوه های حفظ حریم خصوصی

این اطلاعیه شرح میدهد چگونه اطلاعات پزشکی مربوط به شما ممکن است مورد استفاده قرار گیرد یا افشا شود و چگونه میتوانید به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید. لطفاً با دقت آن را مرور کنید.

برای اطلاع به مقام دولتی مرتبط در صورتی که فکر میکنید یک بیمار قربانی سوء استفاده، غلت با خشونت خانگی شده است. فقط در صورت موافقت شما یا زمانی که لازم باشد یا قانون مجوز دهد اطلاعات افشا خواهد شد.

برای اطلاع به کارمندان وضعیت اضطراری در مورد قرار گرفتن احتمالی در برابر HIV/AIDS، تا حد ضرورت برای مطابقت با قوانین ایالی و فدرال.

ادمادات نظرات پر سلامت - ممکن است اطلاعات بهداشتی را برای یک موسسه نظرات بر سلامت برای اقدامات مجاز قانونی افشا کنند. این اقدامات نظراتی، مثلاً شامل حسابرسی، بازرسی، بررسی و پروانه فعالیت است.

این اقدامات برای دولت برای نظرات بر نظام مرآبت از سلامت، برنامه های دولت، و مطابقت با قوانین حقوق منزی ضروری هستند.

طرح دعوا و اختلافات - اگر در دخواهی یا مانعه هستید، ممکن است اطلاعات پزشکی شما را در پاسخ به دستور دادگاه برای اقدامات افشا کنند. به علاوه ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به شما و سلامت شما ستدند کنند، اما فقط در صورتی که شدید باشد که در مورد درخواست به شما اطلاع دهنده (که ممکن است شامل ابلغ مکوب برای شما شود) یا به اراده دندگان مشارکت کنند در این اطلاعیه (که با عنوان "ما" از آنها یاد میکنیم) درک میکنند که اطلاعات پزشکی مربوط به شما و سلامت شما شخصی است مانعه هستند. مسایعه ای از اطلاعات پزشکی شما هستند. به علاوه، این مسایعه، سایتها و محلها ممکن است اطلاعاتی را با یکدیگر مسایعه ای از اطلاعات پزشکی شما هستند. به علاوه، این مسایعه، سایتها و محلها ممکن است اطلاعاتی را با یکدیگر شدند از سوی هر یک سایپایتیکی مربوط به شما و سلامت شده، در میان بگذارند.

همه ادارات و جایگاه های کلینیکی مربوط به Palomar Health Medical Group هستند.

هر عضوی از یک گروه دوطلب که ما اجازه میدیم هنگامی که تحت مراقت ما هستند به شما کم کند.

همه کارکنان، کارمندان و دیگر پرسنل Palomar Health Medical Group هستند.

پزشکان و ایستاد - اگر در دخواهی یا مانعه هستید، ممکن است اطلاعات پزشکی شما را در پاسخ به دستور دادگاه برای اقدامات افشا کنند. به علاوه ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به شما و سلامت شما ستدند کنند، اما فقط در صورتی که شدید باشد که در مورد درخواست به شما اطلاع دهنده (که ممکن است شامل ابلغ مکوب برای شما شود) یا به اراده دندگان مشارکت کنند در این اطلاعیه (که با عنوان "ما" از آنها یاد میکنیم) درک میکنند که اطلاعات پزشکی مربوط به شما و سلامت شما شخصی است مانعه هستند. مسایعه ای از اطلاعات پزشکی شما هستند. به علاوه، این مسایعه، سایتها و محلها ممکن است اطلاعاتی را با یکدیگر شدند از سوی هر یک سایپایتیکی مربوط به شما و سلامت شده، در میان بگذارند.

اراده دندگان مشارکت کنند در این اطلاعیه (که با عنوان "ما" از آنها یاد میکنیم) درک میکنند که اطلاعات پزشکی مربوط به شما و سلامت شما شخصی است مانعه هستند. مسایعه ای از اطلاعات پزشکی شما هستند. به علاوه، این مسایعه، سایتها و محلها ممکن است اطلاعاتی را با یکدیگر شدند از سوی هر یک سایپایتیکی مربوط به شما و سلامت شده، در میان بگذارند.

همه این مسایعه های کلینیکی مربوط به شما و سلامت شده، در این اطلاعیه (که با عنوان "ما" از آنها یاد میکنیم) درک میکنند که اطلاعات پزشکی مربوط به شما و سلامت شما شخصی است مانعه هستند. مسایعه ای از اطلاعات پزشکی شما هستند. به علاوه، این مسایعه، سایتها و محلها ممکن است اطلاعاتی را با یکدیگر شدند از سوی هر یک سایپایتیکی مربوط به شما و سلامت شده، در میان بگذارند.

هر عضوی از یک گروه دوطلب که ما اجازه میدیم هنگامی که تحت مراقت ما هستند به شما کم کند.

همه کارکنان، کارمندان و دیگر پرسنل Palomar Health Medical Group هستند.

چگونه ما ممکن است اطلاعات پزشکی شما را مورد استفاده قرار دهیم یا افشا کنیم

برای هر مقوله از کاربردها با افساگریها توضیح خواهیم داد مبنظرمان چیست و تلاش میکنیم چند نمونه ای را از همه دیگر.

افشا کردن به درخواست خودت - اگر درخواست خودت شد، در هر حال، همه راههایی که طبق آنها اجازه کاربرد با افساگریها درخواست خودت شد.

مقداری فهرست نخواهد شد. اگر درخواست خودت شد، در هر حال، همه راههایی که طبق آنها اجازه کاربرد با افساگریها درخواست خودت شد.

مکن است اطلاعات پزشکی شما را مورد استفاده قرار دهیم یا افشا کنیم.

خدمات حفاظتی، برای رئیسجمهور و دیگران - ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای مقامات مجاز فدرال برای اقدامات خدمات حفاظتی، برای رئیسجمهور دیگر اشخاص صلاحیت دار با دیگر سران دولتهای خارجی فرموده است.

زنده ایان - اگر زندگانی یک نهاد اصلاحی یا تحت بادیخت است یک مقامه اجرایی قانون هستند، ممکن است اطلاعات پزشکی را برای اراده دیگران (1) نهاد برای فراموش کنند (2) خفظ مقام اجرایی قانون یا دیگران؛ با (3) برای اینها و اینها کنند.

مقولات ویژه اطلاعات - در بعضی شرایط اطلاعات سلامتی شما ممکن است در معرض محدودیتی های باشد که ممکن است مانع از یا محدود کنند به دارد گیری یا افساگریها یا باشد که در این ایالجه شرح داده شده است. برای نمونه، محدودیتی هایی که ممکن است درخواست از این مقولات خاص اطلاعات وجود دارد - مثلاً HIV یا از میانهای HIV درمان و پیشگیری از اینها درمان داشته باشد. برای اینها درمان داشته باشد.

پذیره اطلاعات سلامت (HIE) - ممکن است اطلاعات پزشکی شما را به صورت التکنولوژیکی با سازمانهای دیگر که در آنها خدمات مراقبت میکنند درخواست میکنید. میانهای HIE مقرراتی را که از حرم خصوصی و اینها ممکن است اطلاعات سلامتی و شخصی شما محافظت میکنند را باید درخواست کنند.

پورتل اینم بیمار - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق مشاهده و کی برداری - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق تغیر - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق افزایشی و فروش - اگر استفاده ها و افساگریها اطلاعات پزشکی برای اینها درخواست کنند، میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق افرادی که در مراقبت از شما میباشد - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند.

حق درخواست ارتیبات محروم - میکنید اینها ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اینها درخواست کنند. میکنید اینها ممکن است اطلاع



اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی

برچسب بیمار در اینجا

نام بیمار:

:MRN

تاریخ تولد:

تایید دریافت

اطلاعات بیمار

تاریخ تولد بیمار

نام بیمار (طفا چاپ شود)

تاریخ

امضای بیمار/قیم

نام پزشک

شماره تلفن بیمار XXX-XXX-XXXX

با امضای این فرم، بیمار دریافت اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی" مربوط به Palomar Health Medical Group را تأیید می‌کند. "اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی" ما اطلاعاتی در مورد اینکه ما چگونه می‌توانیم اطلاعات پزشکی شما را مورد استفاده قرار داده یا افشانیم را ارائه می‌دهد. توصیه می‌کنیم آن را به طور کامل بخوانید.

من دریافت "اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی" مربوط به Palomar Health Medical Group را تأیید می‌کنم.

تاریخ

امضای بیمار/قیم

در صورت نماینده قانونی بودن، اعلام نسبت با بیمار

من مایل یک نسخه از هرگونه اطلاعیه اصلاح شده شیوه‌های حفظ حریم خصوصی را از طریق ایمیل دریافت کنم.

آدرس ایمیل من بدین ترتیب است:



اطلاعات راهنمای پیشرفته PHMG

برچسب بیمار در اینجا

نام بیمار:

:MRN

تاریخ تولد:

حقوق شما به عنوان بیمار Palomar Medical Group

شما حق قانونی دارید که خواسته‌هایان در مورد مراقبت‌های پزشکی خود، از جمله حق بذیرش با رد درمان را اعلام کنید. سند "راهنمای مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته" ابزاری برای تعیین خواسته‌های شما و الزام‌آور ساختن آنها از نظر قانونی می‌باشد.

راهنمای مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته چیست؟

این یک سند حقوقی است که به شما امکان می‌دهد خواسته‌های خود در مورد درمان ماندگار مشخص کنید. این سند همچنین به شما این امکان را می‌دهد که فردی را که به او اعتماد دارید نام ببرید تا در موقع ناتوانی شما صحبت کند. این سند جایگزین "خواسته‌های زندگی" و "وکالتنامه پایدار برای مراقبت‌های بهداشتی" می‌باشد. شما می‌توانید پزشک مراقبت‌های اولیه خود را شناسایی کرده و خواسته‌های خود در مورد CPR، لوله‌های تغذیه، دستگاه‌های تنفسی، داروهای مسکن، اهداء اعضای بدن و سایر خواسته‌ها را مشخص کنید.

چگونه می‌توانم اطلاعات بیشتری کسب کنم؟

» منابع اینترنتی

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](http://www.coalitionccc.org)

» جزو "یافتن راه خود" راهنمای مفیدی برای اندیشیدن و گفتگو درباره این مسائل است. جهت سفارش یک نسخه، چک \$ 1.50 (قابل پرداخت به "CHCD") را به Center for Healthcare Decisions 95670 Data Drive, Rancho Cordova, CA 3400, ارسال کنید یا آن را از طریق وبسایت آنها سفارش دهید، www.chcd.org

» چگونه می‌توانم فرم راهنمای مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته را دریافت کنم؟
انجمان پزشکی کالیفرنیا - کیت با هزینه جزئی موجود است (در حال حاضر \$6)

تلفن: 800.786.4262 200 J St. STE 1201
فاکس: 916.551.2036 95814 Sacramento, CA

فرم را آنلاین به صورت رایگان در آدرس زیر دریافت کنید:
[pdf.http://ag.ca.gov/consumers/pdf/AHCDS1](http://ag.ca.gov/consumers/pdf/AHCDS1.pdf)

چه نوع راهنمایی دیگری موجود است؟

» مستورات پزشک برای درمان ماندگار (POLST)-این مورد مکمل راهنمای پیشرفته است و در صورت نیاز به درمان ماندگار، مستور پزشک را امضا و آماده انجام می‌کند. ممکن است راهنمایی‌های خاصی در مورد CPR و مداخلات پزشکی مانند کمک به تنفس و تغذیه مصنوعی ارائه شود.
یک سیاست مكتوب در راهنمای پیشرفته دارد. در صورت تمایل به دریافت اطلاعات بیشتر کادر زیر را علامت بزنید.

بیماران: لطفاً کادر (های) مناسب را علامت بزنید:

- من یک راهنمای پیشرفته و/یا POLST در اختیار دارم. من یک نسخه را به Palomar Health Medical Group ارائه می‌دهم. [نسخه را به یکی از کارکنان ما بدهید یا به این آدرس ارسال کنید AHMG, 92064 Pomerado Road, Poway, CA 15611, توجه: سوابق پزشکی].
- من راهنمای پیشرفته POLST را در اختیار دارم اما نمی‌خواهم یک نسخه از آن را به AHMG ارائه دهم.
- من یک راهنمای پیشرفته POLST در اختیار ندارم.
- من مایل هستم اطلاعات بیشتری در مورد سیاست Palomar Health Medical Group در راهنمایی‌های پیشرفته دریافت کنم.

تاریخ

امضای بیمار یا نماینده حقوقی بیمار

تاریخ امروز:	جنسیت:	تاریخ تولد:	نام (خانوادگی، کوچک، M.I.)
ایمیل	مندک مونث	تلفن	نشانی
داروخانه			
شماره تلفن		نشانی	داروخانه
شماره تلفن		نشانی	داروخانه
داروهای دارو، داروهای ویتامین های بدون نسخه			
نام دارو، قدرت، تعداد دفعات مصرف		نام دارو، قدرت، تعداد دفعات مصرف	
حساسیت های بزرگسالان			
نکته: حساسیت هایی که در اینجا وارد شده‌اند در مورد فهرست داروهای فعلی بررسی نمی‌شوند.			
PREVACID	LATEX	DEMEROL	(ACCUPRIL (QUINAPRIL
PRILoseC	LEVOFLOXACIN	DEPAKOTE	ACETAMINOPHEN
PRINIVIL	LIDOCANE	(DIABETA (GLYBURIDE	ACYCLOVIR
QUINOLONES	LIPITOR	DIAMOX	(ADVIL (IBUPROFEN
RANITIDINE	LODINE	DICLOXAСILLIN	(ALTACE (RAMIPRIL
(SEPTRA (SULFAMETHOXAZOLE	(LOPRESSOR (METOPROLOL	DOXYCYCLINE	AMPICILLIN
SULFA	(MICRONASE (GLYBURIDE	EGG	(AMARYL (GLIMEPIRIDE
(TAGAMET (CIMETIDINE	(MINOCIN (MINOCYCLINE	ERYTHROMYCIN	(AUGMENTIN (AMOXICILLIN
(TEGRETOL (CARBAMAZEPINE	MORPHINE	FAMOTIDINE	ASPIRIN
(TENORMIN (ATENOLOL	(MOTRIN (IBUPROFEN	FLAGYL	(BACTRIM (SULFAMETHOXAZOLE
TETANUS TOXOID	(NAPROSYN (NAPROXEN	FLOXIN	BIAXIN
TETRACYCLINE	NEPTAZANE	(GLUCETROL (GLIPIZIDE	(CARAFATE (SUCRALFATE
TICLID	NIACIN	HEPARIN	(CECLR (CEFACLOR
(VALIUM (DIAZEPAM	OXYCODONE	IBUPROFEN	CELEBREX
VANCOMYCIN	PEANUT	(INDERAL (PROPRANOLOL	CEPHALOSPORINS
VASOTEC	PENICILLIN	(INDOCIN (INDOMETHACIN	(CIPRO (CIPROFLOXACIN
ZESTRIL	(PERCOSET (OXYCODONE	(INSULIN (ANIMAL	(CLINORIL (SULINDAC
ZITHROMAX	PERSANTINE	SHELLFISH & IODINE	(CONTRAST MEDIA (IOVERSOL
ZOCOR	PLAVIX	(KEFLEX (CEPHALEXIN	CODEINE
ZYLOPRIM (ALLOPURINOL	PHENYTOIN	KLONOPIN	COUMADINE
	PRAVOCHEOL	(LASIX (FURESEMIDE	DARVON

حساسیت‌های غذایی / سایر ساسیت‌ها

سوابق پزشکی

تاریخ شروع	بیماری کیسه صفراء	تاریخ شروع	حساسیت‌ها
تاریخ شروع	GERD	تاریخ شروع	کم خونی
تاریخ شروع	سردرد، میگرن	تاریخ شروع	آنژین
تاریخ شروع	بیماری قلبی	تاریخ شروع	اضطراب
تاریخ شروع	ذرا سایی درجه قلب	تاریخ شروع	آرترور
تاریخ شروع	هپاتیت / بیماری کبدی	تاریخ شروع	تنگی نفس
تاریخ شروع	فشار خون	تاریخ شروع	فیبریالاسیون دهلیزی
تاریخ شروع	بیماری روده تحریک‌چکیر	تاریخ شروع	لختگی خون
تاریخ شروع	سکته قلبی	تاریخ شروع	سرطان
تاریخ شروع	پوکی استخوان	تاریخ شروع	آریتمی قلبی
تاریخ شروع	بیماری کلیوی	تاریخ شروع	COPD
تاریخ شروع	تشنج	تاریخ شروع	بیماری عروق کرونر
تاریخ شروع	سکته	تاریخ شروع	افسردگی
تاریخ شروع	بیماری تیرویید	تاریخ شروع	دیابت
تاریخ شروع	سایر موارد	تاریخ شروع	افزایش میزان لیپیدها

سوابق جراحی

تاریخ	LASIK	تاریخ	استخراج آب مروارد	تاریخ	آنژوپلاستی
تاریخ	ماتستکومی	تاریخ	کولسیستکلومی	تاریخ	اپاندکتومی
تاریخ	میومکتومی	تاریخ	کلکتومی	تاریخ	آرتروسکوپی
تاریخ	ORIF	تاریخ	کلرسنومی	تاریخ	جراحی کمر
تاریخ	تیروئیدکتومی	تاریخ	D&C	تاریخ	بستن لولمهای رحمی
تاریخ	جراحی لوزه	تاریخ	بای پس معده	تاریخ	نزربیق خون
تاریخ	سایر موارد	تاریخ	عمل جراحی قرق	تاریخ	جراحی پروتز سینه
		تاریخ	تعویض مفصل ران	تاریخ	CABG
		تاریخ	هیسترکتومی	تاریخ	ضریبان‌ساز قلب
		تاریخ	تعویض مفصل زانو	تاریخ	آزادسازی نوبل کارب

سوابق خانوادگی – ادامه دارد

سوابق خانوادگی – ادامه دارد		نسبت
زنده و سرجال		
فوت شده		نام عضو خانواده
علت مرگ	سن شروع	ADD / ADHD
علت مرگ	سن شروع	اعیاد به الكل
علت مرگ	سن شروع	حساسیت‌ها
علت مرگ	سن شروع	بیماری آلزایمر
علت مرگ	سن شروع	آرترоз
علت مرگ	سن شروع	تنگی نفس
علت مرگ	سن شروع	اختلال خونی
علت مرگ	سن شروع	سرطان
علت مرگ	سن شروع	بیماری قلب و عروقی
علت مرگ	سن شروع	بیماری عروق کرونر
علت مرگ	سن شروع	بیماری عروق کرونر (PRE)
علت مرگ	سن شروع	افسردگی
علت مرگ	سن شروع	تأخر در رشد
علت مرگ	سن شروع	دیابت
علت مرگ	سن شروع	اگزما
علت مرگ	سن شروع	افزايش ميزان لبیدها
علت مرگ	سن شروع	بیماری زننگی
علت مرگ	سن شروع	نقص شناوبی
علت مرگ	سن شروع	فشار خون
علت مرگ	سن شروع	بیماری روده تحریکپذیر
علت مرگ	سن شروع	ناتوانی در یادگیری
علت مرگ	سن شروع	بیماری روانی
علت مرگ	سن شروع	میگرن
علت مرگ	سن شروع	چاقی
علت مرگ	سن شروع	پوکی استخوان
علت مرگ	سن شروع	بیماری عروق محیطی
علت مرگ	سن شروع	بیماری کلیوی
علت مرگ	سن شروع	تشنج
علت مرگ	سن شروع	سکته
علت مرگ	سن شروع	نارسایی تیروپید
علت مرگ	سن شروع	سایر موارد

سوابق خانوادگی		هیچ کدام	نسبت
زنده و سرجال			
فوت شده		نام عضو خانواده	
علت مرگ	سن شروع	ADD / ADHD	
علت مرگ	سن شروع	اعیاد به الكل	
علت مرگ	سن شروع	حساسیت‌ها	
علت مرگ	سن شروع	بیماری آلزایمر	
علت مرگ	سن شروع	آرتروز	
علت مرگ	سن شروع	تنگی نفس	
علت مرگ	سن شروع	اختلال خونی	
علت مرگ	سن شروع	سرطان	
علت مرگ	سن شروع	بیماری قلب و عروقی	
علت مرگ	سن شروع	بیماری عروق کرونر	
علت مرگ	سن شروع	بیماری عروق کرونر (PRE)	
علت مرگ	سن شروع	افسردگی	
علت مرگ	سن شروع	تأخر در رشد	
علت مرگ	سن شروع	دیابت	
علت مرگ	سن شروع	اگزما	
علت مرگ	سن شروع	افزايش ميزان لبیدها	
علت مرگ	سن شروع	بیماری زننگی	
علت مرگ	سن شروع	نقص شناوبی	
علت مرگ	سن شروع	فشار خون	
علت مرگ	سن شروع	بیماری روده تحریکپذیر	
علت مرگ	سن شروع	ناتوانی در یادگیری	
علت مرگ	سن شروع	بیماری روانی	
علت مرگ	سن شروع	میگرن	
علت مرگ	سن شروع	چاقی	
علت مرگ	سن شروع	پوکی استخوان	
علت مرگ	سن شروع	بیماری عروق محیطی	
علت مرگ	سن شروع	بیماری کلیوی	
علت مرگ	سن شروع	تشنج	
علت مرگ	سن شروع	سکته	
علت مرگ	سن شروع	نارسایی تیروپید	
علت مرگ	سن شروع	سایر موارد	

تاریخ اجتماعی

تاریخ سفر اخیر و مقصد:

سلامت عمومی و عادات (همه موارد صحیح را علامت بزنید)

وضعیت فعلی سلامت:	علی	خلی خوب	متوط	ضعیف	وزن: 10 سال پیش?	وزن: 5 سال پیش?	وزن فعلی؟	صرف کافین؟
ورزش منظم؟	بله خیر	ایا سیگار می‌کنید؟	بله خیر	بله خیر	کل مصرف می‌کنید؟	بله خیر	بله خیر	بله خیر
چه مدت به طور منظم؟ (سال‌ها)		سیگار برگ	سیگار پیپ		تعداد دفعات نوشیدن در روز/هفته			
نوع:					متوقف شده است؟ بله خیر			
تعداد دفعات (هفت‌هزمان)		تعداد سال‌های استعمال سیگار:	تعداد سال‌های ترک:					

سوابق OB GYN

آخرین دوره اسمر:	دوره‌های منظم	مدت زمان جریان	خونریزی مختصر	:
پاپ اسمر غیرطبیعی قلی	دوره‌های نامنظم	سن دوره اول	خونریزی زیاد	تعداد پدهای استفاده شده در 24 ساعت
پائسکی		موارد زایمان (PARA):	موارد بارداری (GRAVID):	امنیت از تامپون

سوابق جراحی OB GYN (لطفاً همه موارد صحیح را علامت بزنید)

جراحی پروتز سینه	جراحی لومبیکومی سینه	هیستوکومی (تعداد کل ABD)	میومکتومی	دوره‌های منظم	آخرین پاپ اسمر
بستن لوله‌های رحمی	بخش سزارین	مانستکومی	ماموپلاستی کاهشی	دوره‌های نامنظم	پاپ اسمر غیرطبیعی قلی
نمونه برداری از سینه	C و D	ساپر موارد:			پائسکی

واکسیناسیون‌ها

آنفلوانزا	پنوموکویک	B هیپاتیت	مننگوکوکی	کزان	
(آزمایش سل)		سایر موارد:			

راهنمای پیشرفتنه

آیا شما راهنمای پیشرفتنه در اختیار دارید؟
 آیا مایل هستید در مورد راهنمایی پیشرفتنه گفتگو کنید؟

 خیر
بله

 خیر
بله

آیا شما راهنمای پیشرفتنه در اختیار دارید؟

آیا مایل هستید در مورد راهنمایی پیشرفتنه گفتگو کنید؟