OLE HEALTH

Place Patient Label Here

РЕГИСТРАЦИЯ И СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Пожалуйста, помогите нам служить вам и нашему сообществу, предоставив ответы на вопросы ниже. Некоторая предоставленная информация используется для получения грантовых фондов, которые помогают незастрахованным и недостаточно застрахованным людям в нашем сообществе. Ваши ответы останутся конфиденциальными.

Имя Name	Фамилия Last Name	Номер социального страхования SSN
Предпочтительное имя Preferred Name	Дата рождения DOB	**Можно отправлять вам сообщения? Texting?** ☐ Да Yes ☐ Нет No

юридический пол Legal Sex
- ☐ Женский Female
- ☐ Мужской Male
- ☐ Не знаю Unknown
- ☐ Интерсекс Intersex
- ☐ гендерквир Non-Binary

гендерная идентичность: Gender Identity
- ☐ Женский Female
- ☐ Мужской Male
- ☐ гендерквир Non-Binary
- ☐ другой Other
- ☐ Трансгендерный мужчина FTM
- ☐ Трансгендерная женщина MTF
- ☐ в стадии сомнений Questioning
- ☐ НЕ ЖЕЛАЮ ОТВЕЧАТЬ Decline
- ☐ Гендерквир-Небинарность Genderqueer
- ☐ Two Spirit

пол, присвоенный при рождении: Sex at Birth
☐ Мужской Male ☐ Женский Female

Какие ваши местоимения? Pronouns?
- ☐ Он/Его/Ему He/Him
- ☐ Она/Ее/Ей She/Her
- ☐ Они/Их/Им They/Them
- ☐ Прочие Other: ___

Какая у вас сексуальная ориентация? Sexual Orientation
- ☐ гетеросексуальный Straight
- ☐ гей Gay
- ☐ исексуал Bisexual
- ☐ Лесбиянка Lesbian
- ☐ квир Queer
- ☐ Омнисексуал Omnisexual
- ☐ бесполый Asexual
- ☐ Пансексуал Pansexual
- ☐ другой Other: _____
- ☐ Не знаю Don't Know
- ☐ НЕ ЖЕЛАЮ ОТВЕЧАТЬ Decline to state

Вам нужны услуги переводчика? Interpreter?
☐ Да Yes ☐ Нет No

Вы инвалиды? Disabled?
☐ Да Yes ☐ Нет No

Адрес Address	**Город, Штат** City, State	**Почтовый индекс** Zip Code	**Графство** County
Домашний телефон Home Phone	**Work Phone**	**Мобильный телефон** Mobile Phone	**Адрес электронной почты** Email

Контактное лицо для экстренных случаев (пожалуйста, напечатайте «нет» ниже, если у вас нет контактного лица для экстренных случаев): Emerg. Contact

имя (имя и фамилия) Name (First and Last)	Отношение к пациенту Relation	Домашний телефон Phone Number

Для пациентов младше 18 лет информация о родителе или законном опекуне (Это лицо будет указано как лицо, принимающее решение, и ответственная финансовая сторона):

имя (имя и фамилия) Name (First and Last)	Дата рождения DOB	Отношение к пациенту Relation	Домашний телефон Phone Number

Семейное положение: Marital Status
- ☐ Женатый Married
- ☐ не состоит в браке Single
- ☐ Разведенный Divorced
- ☐ гражданский партнёр Domestic Partner
- ☐ вдова/вдовец Widowed
- ☐ Юридически отделены Legally Separated
- ☐ Не знаю Don't Know
- ☐ партнерстве Significant Other
- ☐ другой Other

Основной язык: Preferred Language

Считаете ли вы себя латиноамериканцем? Ethnicity
- ☐ мексиканец или мексикано-американец Mexican, Mexican American
- ☐ Множественное латиноамериканское происхождение Multiple Hispanic, Latino/a, or Spanish Origins
- ☐ Другое испанское происхождение Another Hispanic, Latino/a, or Spanish Origin
- ☐ Пуэрториканец Puerto Rican
- ☐ Кубинский Cuban
- ☐ НЕ ЖЕЛАЮ ОТВЕЧАТЬ Decline to State
- ☐ Не знаю Don't Know
- ☐ Нет не испаноговорящий Not Hispanic

Раса/этническая принадлежность: Race
- ☐ Коренной житель Аляски Alaskan Native
- ☐ Белый White
- ☐ Филиппинский Filipino
- ☐ Американский индеец American Indian
- ☐ Корейский Korean
- ☐ Самоанский Samoan
- ☐ Азиатский индеец Asian Indian
- ☐ Вьетнамский Viet
- ☐ Другие азиаты Other Asian
- ☐ Китайский Chinese
- ☐ Японский Japanese
- ☐ Коренной Гаваец Native Hawaiian
- ☐ Чернокожий/африканский американец Black/African American
- ☐ Гуамская Guamanian/Chamorro
- ☐ Другие тихоокеанские островитяне Pacific Isld.
- ☐ Не знаю Don't Know
- ☐ НЕ ЖЕЛАЮ ОТВЕЧАТЬ Decline

Вы ветеран? Veteran?
☐ действительной службы Active Duty ☐ недействующей службы Inactive Duty ☐ зарезервированный Reservist ☐ ветеран Veteran ☐ Нет No

Где вы сейчас живете?
- ☐ Дом/ Квартира Home
- ☐ Укрытие Shelter
- ☐ Переходное жилье Transitional House
- ☐ На улице/ в автомобиле Street/Car
- ☐ С друзьями/ семьей With Friends/Family
- ☐ другой Other

Вы сезонный сельскохозяйственный рабочий/мигрант?
- ☐ Мигрант сельскохозяйственный рабочий: Моя основная работа — сельское хозяйство, и я переезжаю, чтобы найти работу Migrant Agricultural Worker
- ☐ Сезонный сельскохозяйственный работник: моя основная работа – сельское хозяйство, и я не работаю круглый год Seasonal Agricultural Worker

Эта информация важна для нашего финансирования как федерально квалифицированного медицинского центра и помогает нам лучше обслуживать наших пациентов:

Сколько человек в вашей семье?

Какой ваш семейный ежемесячный доход?

OLE HEALTH

Place Patient Label Here

РЕГИСТРАЦИЯ И СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Пожалуйста, помогите нам служить вам и нашему сообществу, предоставив ответы на вопросы ниже. Некоторая предоставленная информация используется для получения грантовых фондов, которые помогают незастрахованным и недостаточно застрахованным людям в нашем сообществе. Ваши ответы останутся конфиденциальными.

СОГЛАШАЕТСЯ

Чтобы предоставить лечение, выставить счет по страховке или предоставить информацию, требуемую вашей страховой компанией, и т. д., мы должны получить ваше согласие, поставив инициалы указанных областей и поставив вашу подпись ниже.

_____ Initial **Назначение льгот**: Я передаю OLE Health (OLE) все льготы, на которые я могу иметь право от Medicare, Medicaid, других государственных учреждений, страховых компаний и других третьих лиц, которые несут финансовую ответственность за медицинскую помощь и лечение, предоставляемые OLE.

_____ Initial **Согласие на выставление счета:** Я понимаю, что несу финансовую ответственность за все оставшиеся суммы, связанные с предоставленными /слугами, включая, помимо прочего, франшизы, доплаты, любые внесетевые расходы и/или сборы, не покрываемые моим страховым планом.

_____ Initial **Согласие на лечение**: Я разрешаю OLE и его медицинскому, сестринскому и другому профессиональному персоналу предоставлять такие медицинские услуги и проводить такие диагностические и терапевтические процедуры и лечение, которые, по мнению медицинского персонала OLE, считаются необходимыми или целесообразными для моего ухода. Это включает в себя все обычные диагностические тесты и процедуры, включая диагностический рентген, введение и/или инъекцию фармацевтических продуктов и лекарств, а также забор крови для лабораторного исследования. Я понимаю, что мне не было предоставлено никаких гарантий относительно результатов или эффективности лечения или обследований, выполненных персоналом OLE.

_____ Initial **Согласие на телемедицину**: Бенефициары имеют право на доступ к покрываемым услугам через телемедицину, что включает использование аудио, видео или других электронных коммуникаций для взаимодействия с пациентами, консультаций с медицинскими работниками и/или рассмотрения медицинской информации с целью диагностики, терапии, последующего наблюдения и/или обучения. Во время телемедицинского визита могут обсуждаться детали моей медицинской истории и личной информации о здоровье с другими медицинскими специалистами, используя интерактивные видео, аудио и телекоммуникационные технологии. Кроме того, может проводиться физический осмотр, а также могут быть сделаны видео-, аудио- и/или фото записи. Законы, защищающие конфиденциальность информации о здоровье и уходе, также применяются к телемедицине. Я понимаю, что телемедицинские визиты являются добровольными, и мое согласие может быть отозвано в любое время. Я признаю, что могут быть ограничения или риски, связанные с получением услуг через телемедицину по сравнению с визитом в клинику, включая, но не ограничиваясь, возможные проблемы с подключением, ограниченную возможность проведения комплексного физического осмотра или немедленного вмешательства и т.д. Я разрешаю OLE и его медицинскому, сестринскому и иному профессиональному персоналу предоставлять телемедицинские услуги, если это целесообразно в моем случае.

_____ Initial **Согласие пациента на электронное назначение и приглашение на веб-портал**: Я согласен с тем, что OLE может выписывать мои рецепты по электронной почте, а также может запрашивать и использовать мою историю рецептурных лекарств у своих поставщиков медицинских услуг или сторонних плательщиков фармацевтических льгот в целях лечения. Кроме того, если я укажу адрес электронной почты, я понимаю, что OLE отправит мне приглашение присоединиться к веб-порталу, и я получу копию Пользовательского соглашения с порталом для пациентов.

_____ Initial **Фотографирование и/или запись видео/аудио**: Я даю согласие на фото-, аудио- или видеозапись клиники OLE и ее медицинским, сестринским и другим профессиональным персоналом. Я понимаю, что эти фотографии предназначены для идентификации, документирования процессов диагностики и/или лечения. Я признаю, что эти фото/аудио/видеозаписи используются для оказания медицинской помощи, повышения качества, образования и/или возмещения расходов.

подтверждения

Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации: Я подтверждаю, что мне была предоставлена копия Уведомления о порядке использования конфиденциальной информации OLE, в котором описаны мои права и то, как моя информация может использоваться для лечения, выставления счетов и операций. Подписываясь ниже, я подтверждаю, что я знаю, что это уведомление доступно онлайн на сайте www.olehealth.org, и что я могу получить копию, запросив ее у любого сотрудника отдела регистрации OLE.

Подтверждение пациента: Я подтверждаю получение уведомления о том, что в соответствии с федеральным законом, касающимся работы медицинских центров, Федеральный закон о деликтных исках (FTCA) предоставляет исключительное средство правовой защиты от ущерба от телесных повреждений, включая смерть, в результате выполнения медицинских, хирургических, стоматологических или связанных с ними функций в рамках любого волонтера клиники или медицинского работника, которого Министерство здравоохранения и социальных служб сочло сотрудником государственной службы Служба здравоохранения. (См. Закон об общественном здравоохранении, подраздел 224(q), кодифицированный в 42 U.S.C. § 233(q).

База данных Open Payments: База данных Open Payments — это федеральный инструмент, используемый для поиска платежей, сделанных компаниями-производителями лекарств и устройств врачам и учебным больницам. Его можно найти в https://openpaymentsdata.cms.gov. Я подтверждаю, что OLE уведомил меня об Открытой платежной базе данных.

Политика неявки: «Неявка» относится к пациенту, который пропустил прием без отмены/переноса с уведомлением не менее чем за 24 часа по телефону, порталу, текстовым сообщениям или лично. Чтобы удовлетворить значительное количество людей, ожидающих приема, я признаю, что если я «не являюсь» на три (3) приема в течение 6-месячного периода, мне может быть отказано в записи на запланированные приемы и, возможно, мне придется приходить только без предварительной записи в течение шести месяцев.

Политика опозданий: Я признаю, что если я опаздываю на прием более чем на 5 минут, мне, возможно, придется подождать, чтобы меня увидели при следующем доступном открытии. Обратите внимание: хотя мы приложим все усилия, чтобы увидеть вас, мы не можем гарантировать, что запись на прием будет доступна. Вы можете перенести прием, если не можете ждать.

Транспортная помощь: Я понимаю, что транспорт для бенефициаров Medi-Cal доступен для личных посещений, если у меня возникли проблемы с поездкой на прием и обратно.

Подписи

имя (имя и фамилия) :_____ Дата :_____

Подпись пациента : _____ Дата :_____

Имя законного опекуна (if applicable):_____ Отношение к пациенту : _____

Подпись опекуна : _____ Домашний телефон :_____