

- McClaine Street Clinic
- Mount Angel Family Medicine
- Silverton Hospital Immediate Care
- Silverton & Tukwila Specialists Clinic

- Wellspring Integrative Medicine
- Woodburn Family Medicine
- Woodburn Internal Medicine

ИНФОРМАЦИЯ О РЕГИСТРАЦИИ И ПАЦИЕНТЕ

Дата: _____ Основной лечащий врач: _____ Телефон: _____

Информация о пациента (печатными буквами)

Имя: _____ Муж. Жен.
Фамилия *Имя* *Отчество*

Домашний адрес: _____
Улица, дом №, кв. № *Город* *Штат* *Индекс*

Телефон: домашний (_____) _____ рабочий (_____) _____ сотовый (_____) _____

Дата рождения: _____ / _____ / _____ Возраст: _____ Женат (замужем): Да Нет Учащийся: Да Нет

Номер полиса социального страхования: _____ - _____ - _____ Водительское удостоверение №: _____

Имя работодателя: _____ Должность: _____

Адрес работодателя: _____
Улица, строение *Город* *Штат* *Индекс*

Способ оплаты услуг? Наличные Кредитная карта Чек Страховка

Укажите следующую информацию. В порядке любезности мы представим счет страховой компании.

Для несовершеннолетних пациентов. Имя матери: _____
Фамилия *Имя* *Отчество*

Имя отца: _____
Фамилия *Имя* *Отчество*

С кем проживает ребенок: Мать Отец Мать/отец Другое _____

Название **основной** страховой компании: _____ Телефон: (_____) _____

Иски отправлять по адресу: _____
Улица, строение *Город* *Штат* *Индекс*

Удостоверение личности №: _____ Номер группы: _____ Дата вступления в силу: _____

Отметьте, если следующая информация дублирует данные выше (для несовершеннолетнего пациента укажите информацию о лице, несущем ответственность за оплату медицинских услуг).

Имя держателя полиса: _____

Родство: _____ Дата рождения: _____

Номер полиса социального страхования: _____ - _____ - _____ Водительское удостоверение №: _____

Телефон: (_____) _____

Домашний адрес держателя полиса: _____
Улица, дом №, кв. № *Город* *Штат* *Индекс*

Место работы держателя полиса: _____ Телефон:(_____) _____

Название **вторичной** страховой компании: _____ Телефон:(_____) _____

Иски отправлять по адресу: _____
Улица, строение *Город* *Штат* *Индекс*

Удостоверение личности №: _____ Номер группы: _____ Дата вступления в силу: _____

Имя держателя полиса: _____

Родство: _____ Дата рождения: _____

Номер полиса социального страхования: _____ - _____ - _____ Водительское удостоверение №: _____

Телефон: (_____) _____

Домашний адрес держателя полиса: _____
Улица, дом №, кв. № *Город* *Штат* *Индекс*

Место работы держателя полиса: _____ Телефон: (_____) _____

Контактное лицо на случай чрезвычайной ситуации, проживающее отдельно: _____

Телефон: (_____) _____

Родство: _____ Альтернативный телефон: (_____) _____

Имеете ли вы особые указания или «завещание о жизни»: Да Нет

ВНИМАНИЕ.

При проведении осмотра по причине производственной травмы или автомобильной аварии заполните соответствующим образом следующий раздел, в противном случае пропустите раздел. Спасибо.

Информация о производственной травме

Компания, осуществляющая выплаты компенсаций для работодателя: _____

Иски отправлять по адресу: _____
Улица, строение *Город* *Штат* *Индекс*

Иск №: _____ Дата получения травмы: _____

Имя оценщика: _____ Телефон: (_____) _____

Открыт ли иск на данный момент: Да Нет

Работодатель на время получения травмы: _____ Телефон: (_____) _____

Имеется ли -

зарегистрированный письменный отчет от работодателя (ФОРМА 801) Да Нет

зарегистрированный отчет любого другого врача или больницы (ФОРМА 827) Да Нет

Имя адвоката: _____ Телефон: (_____) _____

Информация об автомобильной аварии

Пациент был: Пассажиром Водителем Пешеходом

Компания автострахования пациента: _____

Иски отправлять по адресу: _____
Улица, строение *Город* *Штат* *Индекс*

Номер иска: _____ Дата аварии: _____

Компания автострахования водителя: _____

Иски отправлять по адресу: _____
Улица, строение *Город* *Штат* *Индекс*

Номер иска: _____ Дата аварии: _____

Произошла ли авария в штате Орегон: Да Нет Если нет, укажите штат: _____

Имя оценщика: _____ Телефон: (_____) _____

Имя страхового агента: _____ Телефон: (_____) _____

Полис №: _____ Имя держателя полиса: _____

Телефон держателя полиса (_____) _____ Родство с пациентом: _____

Имя адвоката: _____ Телефон: (_____) _____