

**PATIENT REGISTRATION AND CONSENT**

|   |                              |  |   |
|---|------------------------------|--|---|
| Предпочтительное имя Preferred Name   |                              |  |   |
| Фамилия Last Name   |                              | Имя First Name   | Дата рождения DOB   |
| Адрес рассылки Mailing Address  |                              | Города City  | Штат State  |
| Адрес улицы Street Address  |                              | Города City  | Штат State  |
| Домашний телефон Home Phone   | Мобильный телефон Cell Phone | <b>Мы можем присылать вам SMS сообщения?</b><br>Ok to send text messages? <input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No  |   |
| <b>Какой пол вам назначили при рождении?</b><br>What sex were you assigned at birth?  |                              | <b>Какое гендерное произвоа вы используете? (отметьте одно)</b><br>What pronoun do you use? (check one):   |   |
| <input type="checkbox"/> Женский Female<br><input type="checkbox"/> Мужской Male<br><input type="checkbox"/> Уклоняюсь от ответа Decline to state<br><input type="checkbox"/> Дополнительная категория (укажите):<br>Additional Category (specify) _____  |                              | <input type="checkbox"/> Он/Его/Ему He/Him/His<br><input type="checkbox"/> Она/Ее/Ей She/Her/Hers<br><input type="checkbox"/> Они/Их/Им They/Them/Theirs<br><input type="checkbox"/> Уклоняюсь от ответа Decline to answer<br><input type="checkbox"/> Дополнительная категория (Пожалуйста, укажите):<br>Additional category (please specify) _____   |   |
| <b>Какова ваша сексуальная ориентация? (Выберите все, которые применяются):</b><br>What is your sexual orientation? (Select all that apply):  |                              | <b>Какова ваша гендерная идентичность в настоящее время? (Выберите все, которые применяются):</b><br>What is your current gender identity? (select all that apply):  |   |
| <input type="checkbox"/> Прямой или гетеросексуальный Straight or Heterosexual<br><input type="checkbox"/> Лесбиянка или геи Lesbian or Gay<br><input type="checkbox"/> Бисексуал Bisexual<br><input type="checkbox"/> Не знаю Don't know<br><input type="checkbox"/> Уклоняюсь от ответа Decline to answer<br><input type="checkbox"/> Дополнительная категория (укажите):<br>Additional Category (specify) _____  |                              | <input type="checkbox"/> Мужской Male<br><input type="checkbox"/> Женский Female<br><input type="checkbox"/> Гендерквир Genderqueer<br><input type="checkbox"/> Трансгендерный мужчина/Трансман/FTM Transgender Male/Transman/FTM<br><input type="checkbox"/> Трансгендерная женщина/Трансженщина/MTF Transgender Female/Transwoman/MTF<br><input type="checkbox"/> Уклоняюсь от ответа Decline to answer<br><input type="checkbox"/> Дополнительная категория (укажите):<br>Additional Category (specify) _____ |   |
| <b>Семейное положение (выберите одно): Marital Status (check one)</b>   |                              | <b>Контакт в случае чрезвычайной ситуации (Пожалуйста, напишите "нету" если у вас нет такого контакта) Emergency Contact (Print "none" below if not applicable)</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> Разведенный Divorced<br><input type="checkbox"/> В партнерстве Partnered<br><input type="checkbox"/> Овдовевший Widowed<br><input type="checkbox"/> Юридически отделены Legally Separated<br><input type="checkbox"/> Женатый Married<br><input type="checkbox"/> Один Single  |                              | Фамилия Last Name _____<br>Имя First Name _____<br>Отношение к пациенту Relationship to patient _____<br>Номер телефона Phone Number _____   |   |
| Номер социального страхования SSN   |                              | <b>Тип(ы) медицинского страхования (Выберите все, которые применяются): Insurance Type(s) (check all that apply):</b>  |   |
| Адрес электронной почты Email Address   |                              | <input type="checkbox"/> MediCal/Partnership<br><input type="checkbox"/> Covered California<br><input type="checkbox"/> Medicare<br><input type="checkbox"/> Прочие (пожалуйста, укажите): Other (please specify) _____<br><input type="checkbox"/> Частное страхование Private Insurance<br><input type="checkbox"/> Никакого None  |   |
| <b>Расовая принадлежность (Выберите все, которые применяются): Race (Check all that apply):</b>   |                              | <b>Какова ваша этническая принадлежность? (выберите одну):</b><br>What is your ethnicity? (Check one)  | <b>В какую аптеку вы хотели бы, чтобы мы отправили ваши лекарства?</b><br>What pharmacy would you like us to send your medication to? |
| <input type="checkbox"/> Азиат Asian<br><input type="checkbox"/> Американский индеец /коренный житель Аляски American Indian/Alaskan Native<br><input type="checkbox"/> Чернокожий/африканский американец Black/African American<br><input type="checkbox"/> Другие тихоокеанские островитяне Other Pacific Islander<br><input type="checkbox"/> Уклоняюсь от ответа Decline to state<br><input type="checkbox"/> Коренной Гаваец Native Hawaiian<br><input type="checkbox"/> Белый White |                              | <input type="checkbox"/> Испаноязычные/ Латино Hispanic/Latino<br><input type="checkbox"/> Не испаноязычные/ Латино Not Hispanic/Latino<br><b>Каков ваш основной язык?</b><br>What is your Primary Language?<br>_____  |   |
|   |                              | <b>Вам нужен переводчик?</b><br>Do you need a translator for your visit?   |   |
|   |                              | <input type="checkbox"/> Да Yes<br><input type="checkbox"/> Нет No   |   |
| <b>Для пациентов в возрасте до 18 лет, информация родителя или юридического опекуна: For patients under 18, Parent or Legal Guardian Information</b>  |                              |  |   |
| Фамилия Last Name   |                              | Имя First Name   | Дата рождения DOB   |
|   |                              |  | Номер телефона Phone Number   |

**PATIENT REGISTRATION AND CONSENT**
**Дополнительная информация о пациентах (Пожалуйста, ответьте на все вопросы)**

Additional Patient Information (Please answer ALL questions)

CommuniCare является некоммерческой организацией. Отвечая на эти вопросы, вы предоставите нам информацию, необходимую для получения грантовых средств, которые помогают незастрахованным и недострахованным людям в нашем сообществе. Пожалуйста, помогите нам служить вам и нашему сообществу, предоставляя нам эту информацию. Эта информация станет частью вашей конфиденциальной медицинской документации. CommuniCare is a non-profit. By answering these questions, you will give us information needed to acquire grant funds that help uninsured and underinsured people in our community. Please help us serve you and our community by providing us with this information. This information will become a part of your confidential medical record.

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Вы инвалид?</b><br><b>Are you disabled?</b>   | <b>Вы ветеран?</b><br><b>Are you a Veteran?</b>                            | <b>Вы сезонный сельскохозяйственный работник? ((Выберите все, которые применяются): Are you a seasonal/migrant agricultural worker? (check all that apply)</b>  |
| <input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No  | <input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No            | <input type="checkbox"/> Сезонный сельскохозяйственный работник: моя основная работа - сельское хозяйство, и я не работаю круглый год. Seasonal agricultural worker: my main job is agriculture and I don't work year-round       |
| <b>Где вы в настоящее время живете? (Выберите все, которые применяются): Where are you currently living?</b> |  | <input type="checkbox"/> Мигрант сельскохозяйственный рабочий: моя основная работа сельского хозяйства, и я двигаюсь, чтобы найти свою работу. Migrant agricultural worker: my main job is agriculture and I move to find my jobs |
| <input type="checkbox"/> Дом/ Квартира<br>Home/Apartment   | <input type="checkbox"/> На улице/ в автомобиле<br>Outside (Street/Car)    | <b>Сколько человек в вашей семье? How many people are in your household?</b>  |
| <input type="checkbox"/> Укрытие<br>Shelter  | <input type="checkbox"/> С друзьями/ семьей<br>Staying with friends/family | <b>Какой ваш семейный ежемесячный доход? How much income did everyone in your house get last month before taxes?</b>  |
| <input type="checkbox"/> Переходное жилье<br>Transitional Housing  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Другое: _____<br>Other  |  |   |

**Соглашения Consents**

Для обеспечения лечения, оплаты страховки, или передачи информации которую требует ваша страховая компания, мы должны получить ваше согласие по указанным пунктам и вашу подпись ниже. To provide treatment, bill your insurance, or release information required by your insurance carrier, etc., we must receive your consent by initialing the areas indicated and by providing your signature below.

**Назначение льгот:** Я назначаю CommuniCare Health Centers (CCHC) 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 медицинское обслуживание и лечение, предоставляемые CCHC. \_\_\_\_\_ (Инициалы) **Assignment of Benefits:** I assign to CommuniCare Health Centers (CCHC) all benefits to which I may be entitled from Medicare, Medicaid, other government agencies, insurance carriers and other third parties who are financially liable for the medical care and treatment provided by CCHC. \_\_\_\_\_ (initials)

**Согласие на лечение:** Я разрешаю CCHC, его медицинским и другим профессиональным сотрудникам предоставлять такие медицинские услуги и проводить такие диагностические и терапевтические процедуры и процедуры, как, по мнению медицинского персонала CCHC, считается необходимым или целесообразным в моем лечении. Это включает в себя все обычные диагностические тесты и процедуры, включая диагностические рентгеновские лучи, введение и/или инъекцию фармацевтических препаратов и лекарств, а также изъятие крови для лабораторного обследования. Я понимаю, что никаких гарантий не было для меня в отношении результатов или эффективности лечения или обследований, проводимых персоналом CCHC. \_\_\_\_\_ (Инициалы) **Consent of Treatment:** I authorize CCHC and its medical, nursing and other professional staff members, to provide such health care services and administer such diagnostic and therapeutic procedures and treatments as, in the judgment of CCHC's medical personnel, is deemed necessary or advisable in my care. This includes all routine diagnostic tests and procedures, including diagnostic x-rays, the administration and/or injection of pharmaceutical products and medications, and the withdrawal of blood for laboratory examination. I understand that no guarantees have been made to me as to the results or effectiveness of treatments or examinations performed by CCHC personnel.

**Признание пациентов:** Я признаю получение уведомления о том, что в соответствии с федеральным законодательством, касающимся функционирования медицинских центров, Федеральный закон о претензиях tort (FTCA) предоставляет исключительное средство для возмещения ущерба от травм, включая смерть, в результате выполнения медицинских, хирургических, стоматологических или смежных функций в рамках любой клиники добровольцев или работников здравоохранения, которые Департамент здравоохранения и социальных служб считается сотрудником Службы общественного здравоохранения. (См. подраздел 224(q), кодифицированный по адресу: 42 U.S.C. No 233(q) Это подтверждение уведомления об ограничении ответственности предоставляется до того, как медицинские услуги будут предоставлены мне этим лицом. \_\_\_\_\_ (Инициалы) **Patient Acknowledgement:** I acknowledge receiving notice that under federal law relating to the operation of health centers, the Federal Tort Claims Act (FTCA) provides the exclusive remedy for damage from personal injury, including death, resulting from the performance of medical, surgical, dental, or related functions within the scope of any clinic volunteer or employee health practitioner who the Department of Health and Human Services has deemed to be an employee of the Public Health Service. (See Public Health Service Act subsection 224(q), codified at 42 U.S.C. § 233(q) This acknowledgment of notification of the limitation on liability is being provided before health care services have been provided to me by this individual.

**PATIENT REGISTRATION AND CONSENT**

**Согласие пациента на E-назначение и веб-портал Invite:** Я согласен с тем, что ССНС может электронно выписать мои рецепты и может запросить и использовать мою историю отпускаемых по рецепту лекарств от своих поставщиков медицинских услуг или сторонних аптечных плательщиков льгот для целей лечения. Кроме того, если я предоставил адрес электронной почты, я понимаю, ССНС вышлет мне приглашение присоединиться к веб-порталу. \_\_\_\_\_(Инициалы) [Patient Consent for E-prescribing and Web Portal Invite:](#) I agree that CCHC may e-prescribe my prescriptions and may request and use my prescription medication history from their healthcare providers or third-party pharmacy benefit payers for treatment purposes. Additionally, if I provided an email address, I understand CCHC will send me an invitation to join the web portal. \_\_\_\_\_(initials)

**Правила пропусков:** "но-шоу" относится к пациенту, который пропускает встречу без отмены / перепланировки, по крайней мере 24-часовое уведомление по телефону, портал, текст или в лицо. Для размещения значительного числа лиц, ожидающих назначения, я признаю, что если я "не показывать" до трех (3) назначений в 12-месячный период, я не может быть разрешено сделать запланированные встречи и, возможно, придется прийти на прогулку только на основе в течение шести месяцев. \_\_\_\_\_(Инициалы)

**No Show Policy:** A "no-show" refers to a patient who misses an appointment without cancelling/re-scheduling with at least 24-hour notice by phone, portal, text or in-person. To accommodate the significant number of individuals waiting for appointments, I acknowledge that if I "no show" to three (3) appointments in a 12-month period, I may not be allowed to make scheduled appointments and may have to come in on a walk-in only basis for a six-month period. \_\_\_\_\_(initials)

**Правила опоздания:** Я признаю, что если я более чем на пять (5) минут опоздал на мое назначение, я, возможно, придется подождать, чтобы увидеть на следующем доступном открытии. Пожалуйста, обратите внимание: хотя будут приложено все усилия, чтобы увидеть вас, мы не можем гарантировать, что встреча будет доступна. Вы более чем можете перенести встречу, если вы не можете ждать. \_\_\_\_\_(Инициалы) [Late Policy:](#) I acknowledge that if I am more than five (5) minutes late for my appointment, I may need to wait in order to be seen at the next available opening. Please note: While every effort will be made to see you, we cannot guarantee an appointment will be available. You are more than welcome to reschedule your appointment, if you are unable to wait. \_\_\_\_\_(initials)

**Съемка фотографий и/или записи видео/аудио:** Я даю согласие на фото, аудио- и видеозапись клиники ССНС и ее медицинских, медицинских и других профессиональных сотрудников. Я понимаю, что цели этих фотографий предназначены для идентификации, документации процессов диагностики и/или лечения. Я признаю, что эти фото/аудио/видеозаписи используются для оказания медицинской помощи, улучшения качества, образования и/или целей возмещения. \_\_\_\_\_(Инициалы) [Taking of pictures and/or recording of video/audio:](#) I consent to clinic photo, audio or video recording by CCHC and its medical, nursing and other professional staff members. I understand that the purposes of these photos are for identification, documentation processes of diagnosis and/or treatment. I acknowledge that these photo/audio/video recordings are used for the provision of care, quality improvement, education, and/or reimbursement purposes. \_\_\_\_\_(initials)

**Согласие на телемедицину:** Телемедицина включает в себя использование аудио-, видео- или других электронных средств связи для взаимодействия с пациентами, консультаций с поставщиками медицинских услуг и/или просмотра медицинской информации с целью диагностики, терапии, последующего наблюдения и/или обучения. Во время телемедицинского визита подробности моей истории болезни и личная медицинская информация могут быть обсуждены с другими медицинскими работниками с использованием интерактивных видео-, аудио- и телекоммуникационных технологий. Кроме того, может быть проведен медицинский осмотр, а также могут быть сделаны видео-, аудио- и / или фотозаписи. Законы, защищающие неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность информации о здоровье и уходе, также применяются к телездравоохранению/телемедицине. Я разрешаю ССНС и его медицинскому, сестринскому и другому профессиональному персоналу предоставлять услуги телемедицины, если это целесообразно для меня. \_\_\_\_\_(инициалы) [Consent to Telehealth:](#) Telehealth involves the use of audio, video, or other electronic communications to interact with patients, consult with healthcare providers and/or review medical information for the purpose of diagnosis, therapy, follow-up and/or education. During a telehealth visit, details of my medical history and personal health information may be discussed with other health professionals using interactive video, audio, and telecommunications technology. Additionally, a physical examination may take place and video, audio, and/or photo recordings may be taken. The laws that protect the privacy and confidentiality of health and care information also apply to telehealth/telemedicine. I authorize CCHC and its medical, nursing, and other professional staff members, to provide telehealth care services if it is advisable in my care. \_\_\_\_\_(initials)

**Транспортная помощь:** Я понимаю, что транспорт для бенефициаров Medi-Cal доступен для личных посещений, если у меня возникают проблемы с поездкой на прием и обратно. \_\_\_\_\_(инициалы) [Transportation Assistance:](#) I understand that transportation for Medi-Cal beneficiaries is available for in-person visits if I am having trouble traveling to and from my appointments. \_\_\_\_\_(initials)

**PATIENT REGISTRATION AND CONSENT**

Разрешение на разглашение медицинской информации: Некоторые пациенты предпочитают, чтобы определенным лицам, включая членов семьи, был разрешен доступ к их медицинской информации. Лица, которых я решил назвать ниже, имеют мое разрешение назначать или подтверждать встречи, иметь доступ к рентгенологическим и лабораторным данным, забирать образцы лекарств, быть в курсе моего диагноза, прогноза и планов лечения, информации для выставления счетов и служить в качестве контактной особы в экстренных случаях. Я могу уведомить ССНС в любой момент, если я хочу изменить или ограничить это разрешение. Это разрешение распространяется на сообщения по телефону и автоответчику, а также на другие средства связи. Для получения более подробной информации о том, как информация о состоянии здоровья передается другим лицам, см. Уведомление о правилах конфиденциальности ССНС. \_\_\_\_\_ (инициалы) Пожалуйста, укажите ниже имя и родство человека (лиц), которому вы хотели бы предоставить доступ. (При необходимости в конце этой формы можно добавить дополнительные имена.) [Authorization for Release of Medical Information](#): Authorization for Release of Medical Information: Some patients prefer that certain individuals, including family members, be allowed access to their medical information. The individuals I opt to identify below have my permission to make or confirm appointments, have access to x-ray and laboratory findings, pick up sample medications, be made aware of my diagnosis, prognosis, and treatment plans, billing information, and serve as an emergency contact. I can let CCHC know at any point if I want to change or limit this permission. This permission applies to telephone and answering machine messages as well as other means of communication. For more detailed information about how health information is shared with others, please see the CCHC Notice of Privacy Practices. \_\_\_\_\_ (initials)

Имя: \_\_\_\_\_ Родство: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
Patient Signature DateЮридический опекун (Пимя) : \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_  
Legal Guardian (print name) SignatureТелефон: \_\_\_\_\_ Отношения: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
Telephone: Relationship Date**ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ**[Patient Rights and Responsibilities](#)

Как один из наших клиентов, у вас есть выбор, права и обязанности:

**ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО...**

- Относитесь с достоинством и уважением.
- Поддерживайте конфиденциальность и конфиденциальность.
- Получайте разъяснения о любых тестах или клинике, а также о любых вопросах, которые у вас могут возникнуть.
- Получение образования и консультирования.
- Просмотрите свою медицинскую карту с врачом или практикующим врачом. Согласие или отказ от какого-либо ухода или лечения.
- Участвуйте в составлении планов или решений о вашем уходе.

**ВЫ ТАКЖЕ НЕСЕТЕ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА...**

- Чтобы быть честным о вашей истории болезни и образа жизни, которые могут повлиять на ваше здоровье.
- Убедитесь, что вы понимаете.
- Следуйте советам и инструкциям по здоровью. Уважение политики Центра здравоохранения. Сообщите о любых изменениях в вашем здоровье.
- Храните встречи или отменить их по крайней мере за 24 часа до.