

OSRODEK MEDYCZYNY RODZINNEJ CHICAGO HEALTH MEDICAL GROUP

KARTA PACJENTA

NAZWISKO: _____
(IMIĘ) (NAZWISKO) (INICJAL)

ADRES: _____
(MIASTO) (STAN) (KOD)

NUMER SS#: _____

TELEFON DOM: _____

TELEFON KOMURKOWY: _____

TELEFON DO PRACY: _____

UPODOBANIE KONTAKTU:
 TELEFON DOMOWY TELEFON KOMURKOWY
 TELEFON DO PRACY POCZTA

ADRES INTERNETOWY: _____

LEKARZ RODZINNY: _____

ZAKŁAD PRACY: _____

ADRES: _____

MIASTO) (STAN) (KOD)

IMIĘ WSPOLMALZONKA/I: _____

TELEFON DO PRACY WSPOLMALZONKA/I: _____

KONTAKT W NAGŁYCH WYPADKACH : _____
(IMIĘ I NAZWISKO)

DATA: _____

DATA URODZENIA: _____ WIEK: _____

MEZCZYZNA _____ KOBIECI _____

STAN CYWILNY:
 WOLNY
 ZAMEZNA/ZONATY
 INNY(WDOWIEC,ROZWIEDZIONY,SEPARACJA)

RASA: (check one)
 American Indian/Alaska Native Middle Eastern/North African
 Asian/Oriental White
 Black/African American Other _____

POCHODZENIE ETNICZNE: (check one)
 Central American Mexican
 Cuban Not Hispanic or Latino
 Dominican Puerto Rican
 Hispanic/Latino/Spanish South American
 Latin American Spaniard
 Other _____

CHOROBA/URAZ JEST ZWIĄZANY Z WYPADKIEM:
 PRZY PRACY: _____ SAMOCHODOWYM: _____ INNYM: _____

DATA WYPADKU: _____

OSTATNI DZIEŃ W PRACY: _____

(POKREWIEŃSTWO): _____
(TEL .INNY NIZ POWYZEJ)

CZY PRZYGOTOWALES OSTATNIA WOLE PACJENTA? (UPOWAZNIENIE W OPIECE MEDYCZNEJ) TAK _____ NIE _____ OSTATNIA WOLA PACJENTA W OPIECE MEDYCZNEJ _____ <small>INICJALY PRACOWNIKA</small>	Jeśli tak, to udostępnił . PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA _____ <small>INICJALY PRACOWNIKA</small>
--	--

DANE OPIEKUNA (Wypełnić, jeśli inne niż pacjenta)

NAZWISKO OPIEKUNA: _____
(IMIĘ) (NAZWISKO) (INICJAL)

ADRES: _____
(MIASTO) (STAN) (KOD)

NUMER SS#: _____

ZAKŁAD PRACY: _____

NAZWISKO MALZONKA/I: _____

DATA URODZENIA MALZONKA/I: _____

W/C Claim # _____ Case Manager/Adjuster _____ Phone _____

DATA URODZENIA: _____ WIEK: _____

MEZCZYZNA _____ KOBIECI _____

POKREWIEŃSTWO DO PACJENTA:
 WSPOLMALZONEK RODZIC/OPIEKUN INNE

TELEFON DOM: _____

TELEFON DO PRACY: _____

ZAKŁAD PRACY: _____

TELEFON DO PRACY: _____

ZGODA NA LECZENIE I UDZIELANIE INFORMACJI

Niniejszym wyrażam zgodę, aby lekarze ośrodka Chicago Health Medical Group, pielęgniarki oraz personel pozostający pod ich kierownictwem zastosowali takie środki i sposoby leczenia oraz leki, które uznają za konieczne lub wskazane. Wyrażam też zgodę na udzielanie informacji mojemu pracodawcy, przyszłemu pracodawcy i/lub firmie ubezpieczeniowej odnośnie mojego leczenia w tutejszej placówce.

DATA

PODPIS PACJENTA / OPIEKUNA