



# ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ ПАЦИЕНТА – СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА

(Заполняйте разборчиво печатными буквами)

## ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Фамилия:		Имя:		Отчество или среднее имя:	Пол: <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Т
Дата рождения: / /	Номер карты социального страхования: - -	Семейное положение: <input type="checkbox"/> Не состою в браке <input type="checkbox"/> Состою в браке <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Раздельное проживание <input type="checkbox"/> Вдовец/вдова	Предпочтительный способ связи для напоминаний о визите к врачу (можно указать несколько): <input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> СМС <input type="checkbox"/> Эл.почта (укажите адрес эл. почты ниже) Электронная почта:		
Номер дома и улица:		Квартира/блок:	Домашний телефон: ( )	<input type="checkbox"/> Основной	
Город:	Штат:	Почтовый индекс:	Рабочий телефон: ( )	<input type="checkbox"/> Основной	
Место работы:		Город и штат	Мобильный телефон: ( )	<input type="checkbox"/> Основной	
Этническая принадлежность: <input type="checkbox"/> Испаноязычный или латиноамериканец <input type="checkbox"/> Неиспаноязычный и не латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не желаю указывать	Раса: <input type="checkbox"/> Выходец из Азии <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски <input type="checkbox"/> Чернокожий или афроамериканец <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или других островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Смешанная расовая принадлежность <input type="checkbox"/> Не желаю указывать			Требуется переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите язык:	
Контактные данные для связи в чрезвычайной ситуации	Фамилия:	Имя:	Телефон: ( )		
Кем приходиться пациенту: <input type="checkbox"/> Супруг (-а)/партнер <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Брат/сестра <input type="checkbox"/> Дедушка/бабушка <input type="checkbox"/> Законный опекун <input type="checkbox"/> Другое					

## ЛИЦО, ОТВЕТСТВЕННОЕ ЗА ОПЛАТУ СЧЕТА (ТОЛЬКО ЕСЛИ ЭТО НЕ ПАЦИЕНТ)

<input type="checkbox"/> Этот человек является пациентом	Фамилия:	Имя:	Отчество или среднее имя:	Пол: <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Т
Номер дома и улица:		Квартира/блок:	Домашний телефон: ( )	
Город:	Штат:	Почтовый индекс:	Альтернативный телефон: ( )	
Дата рождения: / /	Номер карты социального страхования: - -	Кем приходиться пациенту: <input type="checkbox"/> Супруг (-а)/партнер <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Дедушка/бабушка <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Законный опекун <input type="checkbox"/> Брат/сестра	Наименование места работы: Город: Штат:	

## ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВАНИИ (Необходимо приложить копию карты страхования)

Распространяется ли на этого пациента действие какой-либо программы медицинского страхования Миннесоты? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	№ удостоверения личности	№ группы	
Страхователь. Фамилия: <input type="checkbox"/> Пациент является страхователем	Имя:	Отчество или среднее имя:	Пол: <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Т
Номер дома и улица: <input type="checkbox"/> Совпадает с адресом пациента		Квартира/блок:	Домашний телефон: ( )
Город:	Штат:	Почтовый индекс:	Альтернативный телефон: ( )
Дата рождения: / /	Номер карты социального страхования: - -	Кем приходиться пациенту: <input type="checkbox"/> Супруг (-а)/партнер <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Дедушка/бабушка <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Законный опекун <input type="checkbox"/> Брат/сестра	Наименование места работы: Город: Штат:
Название страховки: <input type="checkbox"/> Стоматологическая <input type="checkbox"/> Медицинская		Номер группы:	Идентификационный номер страхователя/подписчика:
Адрес страховой компании для выставления счетов:		Город	Штат Дата начала страхования: М Г

## ИНФОРМАЦИЯ О ВТОРИЧНОМ СТРАХОВАНИИ

Страхователь. Фамилия: <input type="checkbox"/> Пациент является страхователем	Имя:	Отчество или среднее имя:	Пол: <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Т
Номер дома и улица: <input type="checkbox"/> Совпадает с адресом пациента		Квартира/блок:	Домашний телефон: ( )
Город:	Штат:	Почтовый индекс:	Альтернативный телефон: ( )
Дата рождения: / /	Номер карты социального страхования: - -	Кем приходиться пациенту: <input type="checkbox"/> Супруг (-а)/партнер <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Дедушка/бабушка <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Законный опекун <input type="checkbox"/> Брат/сестра	Наименование места работы: Город: Штат:
Название страховки: <input type="checkbox"/> Стоматологическая <input type="checkbox"/> Медицинская		Номер группы:	Идентификационный номер страхователя/подписчика:
Адрес страховой компании для выставления счетов:		Город	Штат Дата начала страхования: М Г