

患者統計情報 - 小児

記入日: _____/_____/____

紹介者 (該当する場合) : _____

患者情報

事務局使用欄 (P#):

姓:	名:	ミドルネーム:	
生年月日 (月/日/年):	Eメールアドレス (患者コミュニケーション用):		
患者ポータルアカウントにこのEメールを使用する: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
メールアドレス:	市:	州:	ZIP:
実際の住所 (郵送先住所と異なる場合):	市:	州:	ZIP:
ニックネーム:	出生時に割り当てられた性別: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 不明	人種: <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> アジア人 <input type="checkbox"/> 黒人/アフリカ系アメリカ人 <input type="checkbox"/> ハワイ先住民/その他の太平洋諸島民 <input type="checkbox"/> アラスカ先住民/アメリカインディアン <input type="checkbox"/> 報告を拒否する <input type="checkbox"/> その他:	
性同一性: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> トランスジェンダーの男性 <input type="checkbox"/> トランスジェンダーの女性 <input type="checkbox"/> ノンバイナリー <input type="checkbox"/> 不明	性代名詞: <input type="checkbox"/> 彼女は/彼女に/彼女の <input type="checkbox"/> 彼は/彼に/彼の <input type="checkbox"/> 彼女は・彼は/彼女に・彼に/彼女の・彼の <input type="checkbox"/> その他: _		
民族: <input type="checkbox"/> ヒスパニック/ラテン系 <input type="checkbox"/> 非ヒスパニック/ラテン系 <input type="checkbox"/> 報告を拒否する	優先言語: <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> スペイン語 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記入ください。): _____	通訳の要否: <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	

親/法廷後見人 その1 - 後見人 (請求書および支払いに責任を負う個人)

事務局使用欄 (P#):

姓:	名:	ミドルネーム イニシャル:	
お子様との関係 (1つ選択): <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 法廷後見人 <input type="checkbox"/> 継母 <input type="checkbox"/> 継父 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記入ください。):	性同一性: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> トランスジェンダーの男性 <input type="checkbox"/> トランスジェンダーの女性 <input type="checkbox"/> ノンバイナリー <input type="checkbox"/> 不明		
住所: <input type="checkbox"/> 患者さんと同じ場合チェックを入れてください。	市:	州:	ZIP:
自宅電話番号 :()	携帯電話番号 :()	職場電話番号 :()	外線:
Eメールアドレス: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 非開示希望	社会保障番号:	生年月日 (月/日/年):	
雇用者名:	雇用者電話番号: ()		

親/法廷後見人 その2

姓:	名:		
お子様との関係 (1つ選択): <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 法廷後見人 <input type="checkbox"/> 継母 <input type="checkbox"/> 継父 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記入ください。):	性同一性: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> トランスジェンダーの男性 <input type="checkbox"/> トランスジェンダーの女性 <input type="checkbox"/> ノンバイナリー <input type="checkbox"/> 不明		
住所: <input type="checkbox"/> 患者さんと同じ場合チェックを入れてください。	市:	州:	ZIP:
自宅電話番号 :()	携帯電話番号 :()	職場電話番号 :()	

用紙の裏面に続けてご記入ください。

非常連絡先（18歳以上の個人であること）

姓:	名:	お子様との関係（具体的にご記入ください）:
自宅電話番号 :()	携帯電話番号 :()	保護された健康情報をこの個人に開示してもよいですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

追加非常連絡先（オプション）（18歳以上の個人であること）

姓:	名:	お子様との関係（具体的にご記入ください）:
自宅電話番号 :()	携帯電話番号 :()	保護された健康情報をこの個人に開示してもよいですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

保険情報

(現在お持ちのすべての保険証をフロントデスクにご提示ください。)

患者は保険に加入しています: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (自己負担)			
主保険者名:		2次保険者名:	
加入者名:		加入者名:	
お子様との関係 (1つ選択): <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 法廷後見人 <input type="checkbox"/> 継母 <input type="checkbox"/> 継父 その他 (具体的にご記入ください。):		お子様との関係 (1つ選択): <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 法廷後見人 <input type="checkbox"/> 継母 <input type="checkbox"/> 継父 その他 (具体的にご記入ください。):	
保険会社に通知した性別/ジェンダー COPCはあなたの性同一性を認めています。保険および請求のために、加入者は保険会社にどのような性別/ジェンダーで登録されていますか? <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		保険会社に通知した性別/ジェンダー COPCはあなたの性同一性を認めています。保険および請求のために、加入者は保険会社にどのような性別/ジェンダーで登録されていますか? <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
生年月日 (月/日/年):	社会保障番号:	生年月日 (月/日/年):	社会保障番号:

どのように当院をお知りになりましたか？

<input type="checkbox"/> 地域イベント	<input type="checkbox"/> COPC ウェブサイト	<input type="checkbox"/> Facebook	<input type="checkbox"/> Health Plan ウェブサイト	<input type="checkbox"/> インターネット検索	<input type="checkbox"/> オンライン・レビュー
<input type="checkbox"/> 屋外広告・看板広告	<input type="checkbox"/> 印刷広告	<input type="checkbox"/> ラジオ広告	<input type="checkbox"/> テレビ広告		
<input type="checkbox"/> COPC医師からの紹介	<input type="checkbox"/> 友人・家族からの紹介	<input type="checkbox"/> その他	_____		

機密通信

(COPCからの機密通信を以下の方法で受け取ることを要求します。)

遠距離通信-患者の保護された健康情報についてのメッセージは、次のよう にお残してください: 該当するものをすべて選択してください: <input type="checkbox"/> 自宅の電話メッセージ <input type="checkbox"/> 手短に <input type="checkbox"/> 詳細に <input type="checkbox"/> 携帯自宅電話メッセージ <input type="checkbox"/> 手短に <input type="checkbox"/> 詳細に <input type="checkbox"/> 職場の電話メッセージ <input type="checkbox"/> 手短に <input type="checkbox"/> 詳細に 「手短に」の例: 予約時間/日 「詳細に」の例: 検査結果	郵便連絡-患者の保護された健康情報を以下のように郵送してください: 1つだけ選択してください: <input type="checkbox"/> 郵送先住所 <input type="checkbox"/> 実際の住所 <input type="checkbox"/> その他: _____ 住所 _____ 市 州 Zip
---	--

了承

以下に署名することにより、私はこの子供の親および/または法的保護者であることを認めます。親ではない法的保護者の場合、私は既に私の親権の概要を示す法的文書を事務局に提出しています。

_____	_____	_____
氏名	署名	日付