

Patient Stamp

Patient Number

Plan Name/Number

If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number

Имя, фамилия пациента	Дата рождения	Пол <input type="checkbox"/> муж. <input type="checkbox"/> жен.	Дата заполнения	For Clinical Use Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<p>Ваше сотрудничество с обслуживающей Вас группой медицинских работников поможет сохранению и укреплению Вашего здоровья. Пожалуйста, ответьте на приведенные ниже вопросы настолько точно, насколько это возможно. Вы можете отметить галочкой (✓) квадраты с надписью «Пропуск», если Вы не знаете ответ или не желаете отвечать на вопрос. Вы можете обсудить любые из вопросов с представителем обслуживающего Вас медицинского учреждения. Ваши ответы, сохраняющиеся в медицинской карте, будут считаться конфиденциальной информацией.</p>				Annual Review Date/Initials	
<p>Пример вопроса и ответа: Занимаетесь ли Вы спортом? <input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Пропуск</p>				Interventions Code/Date/Initials	
<p>Вопросы, относящиеся к Вашему образу жизни: (Do You:)</p>					
1. Получаете ли Вы медицинские услуги от кого-либо, кроме врача (например, специалиста по иглоукальванию, знатока целебных трав, знахаря или другого целителя)? (Receive health care from anyone besides a medical doctor (such as an acupuncturist, herbalist, curandero or other healer?))	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск		
2. Посещаете ли Вы зубного врача не менее одного раза в году? (See the dentist at least once a year?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск		
3. Употребляете ли Вы молоко, йогурт или сыр не реже трёх раз в день? (Drink milk or ear yogurt or cheese at least 3 times each day?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск		
4. Кушаете ли Вы фрукты и овощи каждый день? (Eat fruits and vegetables every day?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск		
5. Стараетесь ли Вы ограничить потребляемое количество жареной пищи или продуктов питания из закусочных быстрого обслуживания? (Try to limit the amount of fried or fast foods you eat?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск		
6. Занимаетесь ли Вы спортом или умеренной физической деятельностью, как ходьба или садоводство, пять дней в неделю? (Exercise or do moderate physical activity such as walking or gardening 5 days a week?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск		
7. Думаете ли Вы, что Вам нужно похудеть или поправиться? (Think you need to lose or gain weight?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск		
8. Часто ли Вы испытываете чувства печали, подавленности или безнадежности? (Often feel sad, down or hopeless?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск		
9. Курит ли кто-либо из Ваших друзей или родственников у Вас дома? (Have friends or family members that smoke in your home?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск		
10. Часто ли проводите время на улице без солнцезащитного крема или другой защиты от солнца, такой как кепка или рубашка? (Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск		
For Clinical Use					
Intervention Codes:	C: Counseling	EM: Educational Materials	R: Referral	F: Follow-up Needed	SPN: See Progress Notes

Ваши ответы на вопросы об употреблении алкоголя и наркотиков не могут быть разглашены без Вашего предварительного письменного разрешения. (Your answers to questions about alcohol and drug use cannot be released to others without your special written permission.)			<i>For Clinical Use</i>
			Interventions Code/Date/Initials
Вопросы, относящиеся к Вашему образу жизни: (Do You:)			
11. Курите ли Вы сигареты, сигары или пользуетесь другими табачными изделиями? (Smoke cigarettes or cigars or use any other kinds of tobacco?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
12. Пользуетесь ли Вы какими-либо препаратами или лекарствами для того, чтобы уснуть, расслабиться, успокоиться, лучше себя чувствовать или сбросить вес? (Use any drugs or medicines to go to sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
13. Часто выпиваете больше двух стаканов алкогольных напитков в день? (Often have more than 2 drinks containing alcohol in one day?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
14. Считаете ли Вы, что Вы или Ваш партнер можете быть беременны? (Think you or your partner could be pregnant?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
15. Думаете ли Вы, что у Вас или Вашего партнера может быть венерическое заболевание? (Think you or your partner could have a sexually transmitted disease?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
Вопросы, касающиеся Вашего жизненного опыта: (Have You:)			
16. Вступали ли Вы или Ваш(и) партнер(ы) в половую связь в течение прошлого года без использования противозачаточных средств? (Or your partner(s) had sex without using birth control in the last year?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
17. Вступали ли Вы или Ваш(и) партнер(ы) в половую связь с другими людьми на протяжении прошедшего года? (Or your partner(s) had sex with any other people in the past year?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
18. Вступали ли Вы или Ваш(и) партнер(ы) в половую связь без презерватива на протяжении прошедшего года? (Or your partner(s) had sex without a condom in the past year?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
19. Принуждали ли Вас когда-либо или заставляли вступать в половую связь? (Ever been forced or pressured to have sex?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
20. Случалось ли, чтобы Вас кто-нибудь ударил, дал пощечину, ударил ногой или причинил физическую боль? (Ever been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
21. Есть ли у Вас какие-либо другие вопросы или беспокойства о Вашем здоровье? (Do you have other questions or concerns about your health?) (Пожалуйста, укажите) (Please identify) _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
<i>For Clinical Use</i>			
Intervention Codes:	C: Counseling	EM: Educational Materials	R: Referral
			F: Follow-up Needed
			SPN: See Progress Notes

Извещение о неразглашении информации

Закон о хранении и публикации информации от 1977 года (раздел 1798 гражданского правового кодекса штата Калифорния) и федеральный закон о неразглашении информации (том 5, раздел 552a, подраздел E, пункт 3 Свода федеральных законов США) требуют, чтобы в ходе сбора личной информации о частных лицах публиковалось данное извещение о неразглашении данной информации. Информация, собираемая при помощи этой анкеты, запрашивается обслуживающим Вас медицинским учреждением, страховым планом и Департаментом здравоохранения с целью предоставления общеобразовательных услуг в области здравоохранения. Пациент имеет право предоставлять или не предоставлять запрашиваемую в этой анкете информацию. Непредоставление запрашиваемой информации не приведет к каким-либо неблагоприятным последствиям. Информация, полученная с помощью данной анкеты, будет храниться в медицинской карте пациента и будет охраняться теми же законами, какими охраняется любая информация в медицинской карте пациента. Законы и постановления правительства штата, предусматривающие требования по подготовке отчетов и защите конфиденциальной информации о пациентах, применимы в отношении всей информации, полученной с помощью этой анкеты. В пределах, предусмотренных такими законами и постановлениями, некоторые виды информации, полученные с помощью этой анкеты, могут быть переданы в учреждения правительства штата и области, в страховые планы, имеющие контракт с правительством, и в медицинские учреждения.