

PASYAN REJISTRASYON FÒM - DANTAL

Nimewo Sekirite Sosyal:		Pwemye non:		Non nan mitan:		Siyati:		
Sèks: <input type="checkbox"/> Fi <input type="checkbox"/> Gason		Idantite Seksyèl: <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Femèl <input type="checkbox"/> Lòt <input type="checkbox"/> Refize reponn <input type="checkbox"/> Chanje sèks de (Fi-an-gason) <input type="checkbox"/> Chanje sèks de (Gason-an-fi) <input type="checkbox"/> Nil (Pa ni gason ni fi)			Oryantasyon seksyèl: <input type="checkbox"/> Dwat <input type="checkbox"/> Masisi <input type="checkbox"/> Lesbyèn <input type="checkbox"/> Biseksyèl <input type="checkbox"/> Lòt <input type="checkbox"/> pa konnen <input type="checkbox"/> Refize reponn			
Dat ou fèt:		Eta sivil ou: <input type="checkbox"/> Selibatè <input type="checkbox"/> Marye <input type="checkbox"/> Divòse <input type="checkbox"/> Vèv <input type="checkbox"/> Separe Legalman						
Ras: <input type="checkbox"/> Azyatik <input type="checkbox"/> Abitan Zil Pasifik <input type="checkbox"/> Nwa/Afriken Ameriken <input type="checkbox"/> Ayisyen Nwa <input type="checkbox"/> Blan <input type="checkbox"/> Ayisyen Blan <input type="checkbox"/> Ameriken Ind./Natif Alaska <input type="checkbox"/> Plis pase yon ras <input type="checkbox"/> Natif Natal Awayi		Etnik: <input type="checkbox"/> Panyòl oswa Latino <input type="checkbox"/> Ki pa - Panyòl		Ki lang ou pwefere:				
Adrès lakay ou:		Telefòn Lakay:		Ou travay: <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non		Ki kote ou travay:		
Vil:		Eta:		Kòd postal:		Telefòn Selilè:		
Imèl adrès:			Telefòn Travay:			Ki jan ou ta prefere yo kontakte w:		
Sous referral:		<input type="checkbox"/> Referans Founisè <input type="checkbox"/> San randevou <input type="checkbox"/> Paj jòn <input type="checkbox"/> Fanmi/Zanmi <input type="checkbox"/> Konpayi Asirans <input type="checkbox"/> Lopital <input type="checkbox"/> Jounal <input type="checkbox"/> Lòt/Enkoni <input type="checkbox"/> Ti feyè/Postal <input type="checkbox"/> Lekòl <input type="checkbox"/> Fwa sou Sante <input type="checkbox"/> Evènman sansibilizasyon						

ENFÒMASYON SOU ASIRANS

(TANPRI BAY RESEPSYONIS LAN ENFÒMASYON ASIRANS OU)

Konpayi Asirans:	Ki relasyon w ak abònè a:	Nimero group:	Nimero polisy:
------------------	---------------------------	---------------	----------------

KONTAK NAN KA IJANS

<input type="checkbox"/> Paran	<input type="checkbox"/> Mari oswa Madanm	<input type="checkbox"/> Pitit	<input type="checkbox"/> Lòt	Sèks: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Pwemye non:		Non nan mitan:		Siyati:
Ki lang ou pwefere:	Telefòn Lakay:	Telefòn Selilè:	Telefòn Travay:	

ENFÒMASYON SOU PARAN / GADYEN

<input type="checkbox"/> Paran	<input type="checkbox"/> Mari oswa Madanm	<input type="checkbox"/> Pitit	<input type="checkbox"/> Lòt	Sèks: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Pwemye non:		Non nan mitan:		Siyati:
Ki lang ou pwefere:	Telefòn Lakay:	Telefòn Selilè:	Telefòn Travay:	

FAMASI PWEFERE

Non Famasi:		Telefòn:		Faks:	
Ri Adres la oswa kwa ri an:			Vil:		Eta: Kòd postal:

KONSANTMAN JENERAL POU TRETMAN AK FAKTIRASYON

Mwen, ki siyen la, bay pèmasyon pou tèt mwen oswa timoun minè, jan sa endike pi wo a, pou sibi tout tès ki nesèsè, egzamen, tretman, oswa lòt pwosedi egzije pa anplwaye medikal ou dantal nan Sant Sante Fanmi nan Sidwès Florid, Inc. (FHCSWF) pou fè dyagnostik ak / oswa trete maladi (yo).

Mwen reyalize ke pratik nan medsin, operasyon, ak dantistri se pa yon syans egzak, epi mwen rekonèt ke pa gen okenn garanti yo te fè m' kòm yon rezilta nan tretman oswa egzamen pa FHCSWF.

Mwen dakò pou FHCSWF founi enfòmasyon medikal ak dantal mwen ak/ oswa enstitisyon otorize oswa ajans ki aksepte pasyan an pou swen medikal, dantal, oswa enstitisyonèl. Mwen dakò pou yo bay enfòmasyon medikal ak dantal mwen bay konpayi asirans pasyan an. Mwen bay pèmasyon pou yo pibliye done (medikal, dantal, ak pèsònèl) nan ajans gouvènman tankou ki nesèsè nan FHCSWF.

Mwen otorize peyman bay FHCSWF nan benefis akòz mwen nan reklamasyon annatant / oswa BENEFIS MEDIKAL MAJÈ otreman ki peyab a mwen menm, men ki pa dwe depase chaj sant sante a ak/ oswa chaj regilye doktè a oswa dantis la chaje pou peryòd sa a nan retman an.

Family Health Centers afilye ak plizye kalite enstitisyon edikatif. Mwen konprann mwen ap resevwa enfòmasyon ki di ke pèsònèl sa yo se elèv yo ye e m' gen dwa pou refize pou yo enplike nan swen sante m. Mwen konprann tou si yo enplike nan swen m, yon anplwaye swen sante pwofesyonèl nan sant sante fanmi an reskonsab tout sèvis ak swen

FHCSWF PASYAN DEKLARASYON DWA AK RESPONSABLITE

Mwen rekonèt ke yon kopi de FHCSWF Pasyan Deklarasyon Dwa ak Responsablite, ki se yon akò mityèl ant mwen menm ak FHCSWF disponib pou mwen. Map jwenn yon kopi si m' mande.

HIPAA – AVI SOU FHCSWF PRATIK KONFIDANSYALITE

Mwen rekonèt ke yon kopi de Avi sou Pratik Konfidansyalite ki eksplike angajman FHCSWF pou pwoteje enfòmasyon pèsònèl sante mwen an konfòmite ak la lwa, disponib pou mwen. Yon kopi prente disponib si m' mande.

Mwen otorize pou yo founi san restriksyon enfòmasyon pesonèl sante mwen bay moun sa yo:

Non:	Relasyon (Ex. – Manman, Sè, Epou/ Epouz, etc.)
1.	
2.	
3.	

DIREKTIV AVANSE – DWA POU DESIDE – DESIZYON FEN LA VI

Ou pa ka retire tout sa ki ensèten konsenan bezwen swen sante nan lavni, men, lè ou gen Direktiv Avanse a, ou ka gen lapè nan tèt lè ou fè soti volonte ou davans. Tanpri fè yon kopi de nenpèt Direktiv Avanse (Testaman) e FHCSWF ap mete l' nan rekòd medikal ou.

Ou gen yon testaman?	<input type="checkbox"/> Wi	<input type="checkbox"/> Non
Ou gen yon reprezantan swen sante?	<input type="checkbox"/> Wi	<input type="checkbox"/> Non
Ou gen yon pouvwa avoka dirab?	<input type="checkbox"/> Wi	<input type="checkbox"/> Non

Sinyati payсан/person responsab/Garante: _____ **Dat:** _____

ISTWA PASYAN

Rezon po vizit jodi a:		
Dat dènye vizit medikal:		
Èske ou janm genyen yon maladi grav ou fè operasyon nan tèt, kou, ou nan machwè?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
Si wi, eksplike:		
Èske ou konn tonbe dekonpozisyon? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO si wi, kisa ki koz li?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
Èske wap pran oubyen resamman gen yon preskripsyon oubyen achte medikaman sou kontwa?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
Si wi, liste yo:		
Èske doktè medikal ou janm di ou pou w' pran medikaman pou ti son nan kè (heart mummur) avan nenpèt tretman dantal?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
Si wi, liste yo:		
Èske ou fè alèji ak medikaman oubyen prodwi ki gen poud (latex) ?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
Si wi, liste yo:		
Èske ou fimèn oubyen itilize nenpèt prodwi ki gen tabak?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
Èske ou janm konn bay san yon fason anòmal apre w' fin rache yon dan?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
Èske ou gen yon blese ki pran tan pou geri?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
Èske ou ansent? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO dat akouchman: _____ Bay tete? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Èske ou janm konn pran san? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Si wi, nan ki ane? _____		
Èske ou pozitif pou VIH? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Eske ou gen SIDA? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO CD4+ Count: _____		
Èske ou janm gen youn nan bagay sa yo: Chwazi tout sa ki Aplikab		
Maladi iminite <input type="checkbox"/>	Atak kè/ konjesyon nan sèvo <input type="checkbox"/>	Lafyèb nan Zo <input type="checkbox"/>
Maladi San <input type="checkbox"/>	Maladi Miskilè <input type="checkbox"/>	Maladi ren <input type="checkbox"/>
Dyabet/Sik <input type="checkbox"/>	Problèm mantal/ Konpòtman <input type="checkbox"/>	Maladi nan fwa <input type="checkbox"/>
Reta Devlopmanal <input type="checkbox"/>	Maladi respiratwa <input type="checkbox"/>	Timè/kwasans <input type="checkbox"/>
Maladi Kè <input type="checkbox"/>	Doulè nan jwent/ Gaz nan tout kò <input type="checkbox"/>	Maladi Vinerè <input type="checkbox"/>
Ti bri nan Kè (heart mummur) <input type="checkbox"/>	Maladi po (Eczema, Rosacea) <input type="checkbox"/>	Po Jòn ou Problèm nan fwa <input type="checkbox"/>
Tansyon <input type="checkbox"/>	Maladi nan vant/ entesten <input type="checkbox"/>	lòt maladi: _____
Èske ou gen yon istwa de, ou, wap pran tretman pou bagay sa yo: Chwazi tout sa ki Aplikab		
Tib/Tiyo atifisyel nan Kè <input type="checkbox"/>	dyagnostik andokadyal enfeksyon dan le pase <input type="checkbox"/>	
Fè grèf (transplant) <input type="checkbox"/>	Maladi Kè konjenital <input type="checkbox"/>	
Ranplasman jwenti <input type="checkbox"/>	Pacemaker <input type="checkbox"/>	
Si w' tcheke youn, tanpri eksplike: _____		
Èske ou janm trete oubyen ap resevwa tretman pou kansè avèk kemoterapi ou radyasyon ? (ansèkle youn ou tou lè 2)		
Si wi pou kemoterapi: _____ Ki lè ki te denyè fwa? _____	Si lè ki prochèn fwa? _____	
Èske ou aktyèlman gen yon pò (Infusaport/Hickman Venous)? _____		
Si wi pou Radyasyon: Ki le w' te resevwa dènye terapi? _____		
Si w' gen yon apwentman pou terapi, ki lè wap kòmanse? _____		

Siyati pasyan/gadyen _____

Dat: _____

Dentist Signature: _____

Date _____