

**OSRODEK MEDYCYNY RODZINNEJ MACNEAL
KARTA PACJENTA**

NAZWISKO: _____
(IMIE) (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: _____

ZAKLAD PRACY: _____

ADRES: _____

MIASTO (STAN) (KOD)

IMIE WSPOLMALZONKA/I: _____

TELEFON DO PRACY WSPOLMALZONKA/I: _____

KONTAKT W NAGLYCH WYPADKACH : _____
(IMIE 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 ZWIAZANY 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 _____ Jeśli tak, to udostępnij .
OSTATNIA WOLA PACJENTA W OPIECE MEDYCZNEJ _____ PRAWA I OBOWIAZKI PACJENTA _____
INICJALY PRACOWNIKA INICJALY PRACOWNIKA

DANE OPIEKUNA (Wypełnić, jeśli inne niż pacjenta)

NAZWISKO OPIEKUNA: _____
(IMIE) (NAZWISKO) (INICJAL)

ADRES: _____

(MIASTO) (STAN) (KOD)

NUMER SS#: _____

ZAKLAD 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: _____

ZAKLAD PRACY: _____

TELEFON DO PRACY: _____

ZGODA NA LECZENIE I UDZIELANIE INFORMACJI

Niniejszym wyrażam zgodę, aby lekarze ośrodka MacNeal Family Healthcare, 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