

Data odierna: _____

Paziente numero _____ [esclusivamente ad uso interno]

Medico inviante _____

MODULO DI REGISTRAZIONE PAZIENTE

Dati del paziente

Cognome: _____ Nome: _____ Secondo nome: _____

Data di nascita: _____ Sesso: M F Numero di previdenza sociale (social security): _____

In caso di minori indicare il genitore responsabile/tutore: _____

Indirizzo: _____
Via _____ Città _____ Nazione/CAP _____

Telefono abitazione: () _____ Cellulare: () _____ Telefono ufficio: () _____

E-mail: _____ Numero di patente: _____

Stato civile: Celibe/Nubile Coniugato/Coniugata Vedovo/Vedova Separato/Separata Divorziato/Divorziata

Datore di lavoro: _____ Occupazione: _____

Referente per emergenze: _____ Telefono: _____

Come ha saputo di noi?

Spuntare tutte le caselle appropriate:

Sito web	<input type="checkbox"/>	Facebook	<input type="checkbox"/>
Google/Yahoo/Bing	<input type="checkbox"/>	Pubblicità su Internet	<input type="checkbox"/>
Pubblicità su giornali/riviste	<input type="checkbox"/>	Direct mailing (lettere, cartoline, etc.)	<input type="checkbox"/>
Amico o familiare _____	<input type="checkbox"/>	Medico	<input type="checkbox"/>
Altro _____	<input type="checkbox"/>		

Desidero ricevere newsletter via email, suggerimenti sanitari e informazioni da Barnabas Health: Sì No

Se sì, indicare l'indirizzo di posta elettronica: _____

Parte responsabile

Completare unicamente se il paziente non è la parte responsabile

Cognome: _____ Nome: _____ Secondo nome: _____

Data di nascita: _____ Età: _____ Numero di previdenza sociale (social security) _____ Sesso(M/F): _____

Indirizzo: _____ Città/Stato: _____ CAP: _____

Telefono abitazione: () _____ Telefono ufficio: () _____

Assicurazione (presentare la tessera dell'assicurazione alla reception)

Assicurazione principale: _____ Numero polizza: _____

Numero del gruppo/piano: _____ Relazione con l'assicurato: _____

Data di copertura dell'assicurazione principale: _____

Dati dell'assicurato:

Cognome: _____ Nome: _____ Secondo nome: _____

Data di nascita: _____ Età: _____ Numero di previdenza sociale (social security) _____ Sesso(M/F): _____

Indirizzo: _____ Città/Stato: _____ CAP: _____

Telefono abitazione: () _____ Telefono ufficio: () _____

Assicurazione secondaria: _____ Numero polizza: _____

Numero del gruppo/piano: _____ Relazione con l'assicurato: _____

Data di copertura dell'assicurazione secondaria: _____

Assicurazione secondaria: _____ Numero polizza: _____

Numero del gruppo/piano: _____ Relazione con l'assicurato: _____

Dati dell'assicurato:

Cognome: _____ Nome: _____ Secondo nome: _____

Data di nascita: _____ Età: _____ Numero di previdenza sociale (social security) _____ Sesso(M/F): _____

Indirizzo: _____ Città/Stato: _____ CAP: _____

Telefono abitazione: () _____ Telefono ufficio: () _____

Richiesta di informazioni demografiche

In ottemperanza alla normativa federale, la preghiamo di fornirci le seguenti informazioni:

Razza

- Bianca/caucasica
- Afroamericana
- Asiatica

- Ispanica
- Altro _____
- Preferisco non rispondere

Etnia

- Ispanica o Latina
- Non ispanica o Latina
- Sconosciuta/Non determinata

Direttive anticipate

Ha predisposto direttive anticipate in caso di incapacità/decesso? Sì No Ne vuole parlare con il suo medico? Sì No

Fumo

La preghiamo rispondere a queste domande sul fumo:

Mai fumato Ex fumatore/fumatrice Fumatore/fumatrice – Indicare quante sigarette fuma e con che frequenza _____

Preferenze per le comunicazioni

Sono a conoscenza del fatto che è possibile che il personale e/o i medici di Barnabas Health Medical Group ("BHMGM") debbano contattarmi riguardo gli appuntamenti, i risultati delle analisi o altre questioni relative alla mia salute. Preferenze:

Lingua preferita _____ Metodo preferito per ricevere comunicazioni: Casa Ufficio Cell Email

Possiamo lasciare un messaggio alla segreteria telefonica o a chi risponde? (Cerchiare **Sì** o **No**)

Casa S / N **Ufficio** S / N **Cell** S / N

NON CHIAMARE: Casa Ufficio Cell

Divulgazione a familiari/amici/badanti designati

Autorizzo BHMGM a divulgare informazioni sanitarie nella misura necessaria alle seguenti persone designate che si occupano delle mie cure mediche. So che presentare questa lista non è obbligatorio, e che posso cambiarla per iscritto in qualsiasi momento.

Nome in stampatello _____ Data di nascita _____ Relazione _____ Numero di telefono _____

Nome in stampatello _____ Data di nascita _____ Relazione _____ Numero di telefono _____

Farmacia di fiducia

Si prega di indicare il nome della propria farmacia di fiducia:

Nome della farmacia: _____ Numero di telefono: () _____

Indirizzo: _____

(Indicare la città, l'indirizzo e il CAP, se noto)

Autorizzazione ad accedere a ricette in formato elettronico

Autorizzo Barnabas Health Medical Group ("BHMG") e gli enti associati a prendere visione dei dati delle ricette mediche esterne mediante i sistemi informatici di prescrizione di medicinali. So che i dati storici dei medicinali a me prescritti da altri medici non affiliati, società di assicurazioni, farmacie e direttori di benefit farmaceutici possono essere qui visionati dai fornitori e dal personale e che questi possono comprendere ricette per medicinali di molti anni fa e anche comprendere ricette di medicinali per HIV, tossicodipendenza e condizioni psichiatriche, se pertinente. Comprendo che i dati dei medicinali a me prescritti diventeranno parte della mia cartella medica a BHMG.

LA MIA SOTTOSCRIZIONE IN CALCE CERTIFICA CHE AUTORIZZO L'ACCESSO AI DATI DELLE RICETTE MEDICHE A ME PRESCRITTE

Autorizzazione fotografica per dati medici

Si prega di indicare se l'autorizzazione fotografica è pertinente: Sì No

Con la presente acconsento e autorizzo che vengano scattate foto o ripresi video della mia persona da parte di BHGM, dei suoi agenti o dipendenti. Con la presente acconsento e autorizzo all'uso di tali fotografie e video a scopo identificativo nella mia cartella medica.

Con la presente esonero BHGM, il personale medico, gli agenti e i dipendenti da ogni responsabilità inerente alla ripresa e all'uso di tali immagini e video per gli scopi sopra indicati.

Esonero e cessione di sussidi

Cedo direttamente tutti i sussidi di assicurazione sanitaria cui ho diritto da parte di Medicare, Medicaid, Blue Cross o qualsiasi altro piano assicurativo, direttamente ai fornitori di servizi di BHGM per i servizi resi per mio conto. Riconosco di essere finanziariamente responsabile di tutte le spese, sia che sia assicurato o meno al momento del servizio, compresa la franchigia, le coassicurazioni, i ticket e i servizi che sono al di fuori della rete, che vengano negati o che non sono coperti dal mio piano assicurativo. Autorizzo BHGM o qualsiasi altro detentore di informazioni mediche o di altro tipo che mi riguardano a divulgare a Medicare, Medicaid, o Blue Cross ovvero a qualsiasi altra agenzia di assicurazioni o ai loro agenti autorizzati tutte le informazioni necessarie per questa o una richiesta connessa.

Consenso alle cure

Io sottoscritto acconsento volontariamente e autorizzo BHGM tramite i suoi medici, dipendenti, e/o agenti a fornire tutte le cure mediche e gli esami su base continuativa e di amministrare le procedure diagnostiche, radiologiche o terapeutiche, le analisi e le cure che sono considerate necessarie o consigliate per la mia diagnosi, cura e trattamento, a discrezione dei medici di BHGM, fra cui, ma non a titolo esaustivo, il prelievo a l'analisi di fluidi organici, e la somministrazione di prodotti farmaceutici. Dichiaro che non mi è stata data alcuna garanzia dei risultati di qualsiasi esame e trattamento.

Dichiarazioni e accordi

- Dichiaro che sono stato informato dei miei diritti a Direttive anticipate.
- Accuso ricevuta della Politica Finanziaria di BHGM e sono d'accordo con tutti i termini e le condizioni ivi contenuti.
- Dichiaro di aver ricevuto la Comunicazione delle Prassi in materia di Privacy, e accetto tutti i termini e le condizioni ivi contenuti (a meno che non abbia dichiarato il contrario).
- Acconsento a dare l'accesso ai dati elettronici delle ricette dei miei medicinali come sopra descritto.
- Acconsento all'esonero e alla cessione dei sussidi come sopra indicato.
- Acconsento alle cure come sopra indicato.
- Ho letto il presente modulo, le mie domande hanno avuto risposta e sono a conoscenza di e sono d'accordo con il suo contenuto.

Firma del paziente / Rappresentante

Data

Se firmato da un rappresentante autorizzato,
nome in stampatello

Relazione con il paziente /
autorizzazione a firmare