



# Предварительная регистрация в роддоме

## Информация о пациенте

Дата родов	Врач-акушер, выписавший направление, или сестры-акушерки	Врач младенца	Основной лечащий врач		
Официальная фамилия пациента	Имя	Второе имя	Прежняя или девичья фамилия	Дата рождения	
Почтовый адрес пациента		Город	Штат	Почтовый индекс	Телефон
Семейное положение <input type="checkbox"/> Одинокий(ая) <input type="checkbox"/> Отдельное проживание <input type="checkbox"/> В браке <input type="checkbox"/> Вдовец/Вдова <input type="checkbox"/> В разводе		Номер социального обеспечения пациента	Электронный адрес пациента	Раса	Испанец(ка) или латиноамериканец(ка)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Поставьте галочку, если относится к этой беременности <input type="checkbox"/> Открытое усыновление <input type="checkbox"/> Закрытое усыновление <input type="checkbox"/> Суррогатное материнство <input type="checkbox"/> Гестационный курьер <input type="checkbox"/> Не применимо		Религиозные предпочтения пациента		Страна рождения пациента	
Работодатель пациента		Телефон	Внутренний номер	Род деятельности	
Адрес работодателя		Город	Штат	Почтовый индекс	

## Информация о страховом покрытии держателя основного страхового полиса

Фамилия держателя страхового полиса	Имя	Второй инициал	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Пол
Название основной страховой компании		Номер страхового полиса	Групповой номер	Телефон страховой компании	
Почтовый адрес страховой компании		Город	Штат	Почтовый индекс	
Работодатель держателя страхового полиса (если страховое покрытие предоставляется через работодателя)		Номер социального обеспечения держателя страхового полиса	Род деятельности	Домашний или мобильный телефон	
Телефон работодателя	Внутренний номер				

## Информация о страховом покрытии держателя вторичного страхового полиса

Фамилия держателя страхового полиса	Имя	Второй инициал	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Пол
Название вторичной страховой компании		Номер страхового полиса	Групповой номер	Телефон страховой компании	
Почтовый адрес страховой компании		Город	Штат	Почтовый индекс	
Работодатель держателя страхового полиса (если страховое покрытие предоставляется через работодателя)		Номер социального обеспечения держателя страхового полиса	Род деятельности	Домашний или мобильный телефон	
Телефон работодателя	Внутренний номер				

**К какому страховому покрытию будет добавлен новорожденный?**  Держатель основного страхового покрытия  Держатель вторичного страхового покрытия  
 Оба страховых покрытия, первичное и вторичное

## Информация об оплате за счет собственных средств

<input type="checkbox"/> если не застрахованы, поставьте галочку здесь для получения пакет услуг финансовой помощи.	Если не застрахованы в штате Oregon или Washington, вы подали заявление на получение страхового покрытия в рамках плана Oregon Health Plan или программы Medicaid в штате Washington? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
---	--

## Если лицо владеющее счетом не является пациентом, заполните следующий раздел.

Фамилия (имя пациента, если несовершеннолетний)	Имя	Второе имя	Родство	Пол	Дата рождения
Почтовый адрес, отвечающей стороны		Город	Штат	Почтовый индекс	Домашний телефон
Номер социального страхования, отвечающей стороны		Работодатель лица, отвечающего за счет		Род деятельности	
Адрес работодателя		Город	Штат	Почтовый индекс	Телефон
				Внутренний номер	

## Кого следует оповестить в случае экстренной ситуации (супруг/супруга или ближайший родственник)

Фамилия (ближайшего родственника)	Имя	Второе имя	Родство	Домашний телефон	
Адрес: улица		Город	Штат	Почтовый индекс	Рабочий или мобильный телефон
Другое контактное лицо на случай экстренной ситуации (по желанию)			Родство	Домашний телефон	
Адрес		Город	Штат	Почтовый индекс	Рабочий или мобильный телефон

## Другая информация

В прошлом являлись ли вы пациентов компании Legacy Health? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, были ли вы записаны под другой фамилией? Примечание: _____
---	---