



LOS ANGELES

CEDARS SINAI TOWERS
8635 WEST 3rd ST SUITE 880 WEST
LOS ANGELES, CA 90048

PATIENT INFORMATION ИНФОРМАЦИЯ ПАЦИЕНТА

LAST NAME
ФАМИЛИЯ

FIRST NAME
ИМЯ

MIDDLE NAME
ВТОРОЕ ИМЯ

GENDER:

Пол

MALE / МУЖЧИНА

FEMALE / ЖЕНЩИНА

BIRTH DATE:

ДАТА РОЖДЕНИЯ

SOCIAL SECURITY NUMBER:

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

ADDRESS / АДРЕС

STREET
УЛИЦА

CITY/ STATE

ГОРОД /
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ

ZIP CODE

ПОЧТОВЫЙ
ИНДЕКС

HOME PHONE / ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН

MOBILE PHONE / МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН

MARITAL STATUS / СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

MARRIED / замужняя, женатый

DIVORCED / разведенный

SEPARATED / отдельно

WIDOWED / овдовевший

EMAIL ADDRESS

АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

YES/ ДА NO/ НЕТ

NAME OF A RELATIVE OR FRIEND NOT LIVING WITH YOU (IN CASE OF A MEDICAL EMERGENCY)

НАЗВАНИЕ Родственник или друг не живет с вами (в случае неотложной медицинской помощи)

ТЕЛЕФОН

PRIMARY CARE PHYSICIAN

лечащего врача

REFERRING PHYSICIAN

Какой врач направил вас

PATIENT NAME

Имя пациента

OCCUPATION / ПРОФЕССИЯ

_____ RETIRED/пенсионер

EMPLOYERS NAME / ИМЯ РАБОТОДАТЕЛЯ

OFFICE PHONE / Телефон офиса _____

PRIMARY INSURANCE INFORMATION / Первичная информация Страхование

Subscriber's Name

Имя абонента

Patients Relationship to Subscriber

Пациенты Связь с Абонентом

Insurance / страхование

Insurance ID Number

Страхование Идентификационный номер

SECONDARY INSURANCE INFORMATION / Вторичный Информация Страхование

Subscriber's Name

Имя абонента

Patients Relationship to Subscriber

Пациенты Связь с Абонентом

Insurance / страхование

Insurance ID Number

Страхование Идентификационный номер

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AND ASSIGNMENT OF BENEFITS

Авторизация с целью получения информации и назначения льгот

I hereby authorize The Surgery Group of Los Angeles to furnish information to insurance carriers concerning this illness, and I hereby irrevocably assign to the doctor all payments for medical services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges not covered by my insurance benefits.

Я Херби разрешить группе хирургии Лос-Анджелеса, чтобы предоставить информацию для страховых компаний, касающихся эту болезнь, и я тем самым безвозвратно назначить к врачу все платежи за медицинские услуги. Я понимаю, чем я финансовую ответственность за все расходы, не охваченных моих страховых выплат.

Patient's Signature

Подпись пациента _____ Date _____

COMPREHENSIVE PATIENT HISTORY
КОМПЛЕКСНЫЙ ИСТОРИЯ ПАЦИЕНТА ЗДОРОВЬЕ

PATIENT NAME

Имя пациента

WHAT IS THE MAIN REASON FOR YOUR VISIT TODAY?

В чем заключается главная причина вашего сегодняшнего визита?

MEDICATIONS YOU ARE TAKING (INCLUDE PRESCRIPTION AND NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS SUCH AS ASPIRIN, IBUPROFEN, ADVIL, ALEVE, ECOTRIN, AND VITAMINS. PLEASE INCLUDE DOASAGE AND FREQUENCY).

Лекарства, которые вы принимаете. (В том числе по рецепту и без рецепта лекарства, такие как аспирин, ибупрофен, ADVIL, ALEVE, ECOTRIN, а также витамины. Пожалуйста, включите дозировку и частоту).

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

ALLERGIES TO FOOD / MEDICATION (INCLUDING TYPE OF REACTION)

Аллергия на пищевые продукты или лекарства (в том числе типа реакции)

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

SURGICAL HISTORY / ХИРУРГИЧЕСКОЕ ИСТОРИЯ

PLEASE LIST ALL YOUR PREVIOUS SURGERIES AND WHEN THEY WERE DONE.

Пожалуйста, перечислите все предыдущие операции и когда они были сделаны

PATIENT NAME

Имя пациента

FAMILY HISTORY / История здоровья вашей семьи

PLEASE LIST ANY FAMILY HISTORY OF CANCER, CROHN'S DISEASE OR ULCERATIVE COLITIS OF FIRST SECOND OR THIRD DEGREE RELATIVES.

Пожалуйста, укажите семейной историей рака, болезнь Крона или язвенный колит первой секунды или третьей степени родственники.

MEDICAL HISTORY / история болезни

PLEASE INDICATE IF YOU HAVE OR HAD ANY OF THE FOLLOWING BY CIRCLING YES OR NO FOLLOWED BY A BRIEF EXPLANATION, INCLUDING DATES)

Были ли у вас следующие заболевания? Пожалуйста, дайте краткое объяснение включая даты.

CARDIAC DISEASE	БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	YES / ДА	NO / НЕТ
LUNG DISEASE	ЛЕГКИХ БОЛЕЗНИ	YES / ДА	NO / НЕТ
CARDIAC DISEASE	БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	YES / ДА	NO / НЕТ
LIVER DISEASE/ HEPATITIS	ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ / ГЕПАТИТА	YES / ДА	NO / НЕТ
KIDNEY DISEASE	БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	YES / ДА	NO / НЕТ
DIABETES	ДИАБЕТ	YES / ДА	NO / НЕТ
CANCER	РАК	YES / ДА	NO / НЕТ
SEIZURE DISORDERS	Эпилепсией	YES / ДА	NO / НЕТ
HIGH BLOOD PRESSURE	Высокое давление	YES / ДА	NO / НЕТ
TENDENCY TO BLEED	Тенденция кровотечению	YES / ДА	NO / НЕТ
BLEEDING DISORDER	Кровотечение расстройства	YES / ДА	NO / НЕТ
ORTHOPEDIC PROSTHESIS	Ортопедические Протезирование	YES / ДА	NO / НЕТ
IMPLANTS	ИМПЛАНТАТЫ	YES / ДА	NO / НЕТ
THYROID DISEASE	заболеваний щитовидной железы	YES / ДА	NO / НЕТ
GASTROINTESTINAL DISORDER	Желудочно-кишечные расстройства	YES / ДА	NO / НЕТ
OTHER CONDITIONS (SPECIFY)	Прочие условия (указать)	YES / ДА	NO / НЕТ

WOMEN ЖЕНЩИНЫ

NUMBER OF PREGNANCIES
ЧИСЛО БЕРЕМЕННОСТЕЙ

VAGINAL DELIVERIES
ВАГИНАЛЬНЫХ РОДОВ
C-SECTIONS
КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ



CEDARS SINAI TOWERS
8635 WEST 3rd ST SUITE 880 WEST
LOS ANGELES, CA 90048

GENERAL PHOTOGRAPHY RELEASE
ОБЩАЯ ФОТОГРАФИЯ РЕЛИЗ

I hereby authorize The Surgery Group of Los Angeles, hereafter referred to as "Company to publish photographs taken of me for use in The Surgery Group of Los Angeles' print online and video based marketing materials, as well as other Company publications.

I hereby release and hold harmless The Surgery Group of Los Angeles from any reasonable expectation of privacy or confidentiality associated with the images specified above.

I further acknowledge that my participation is voluntary and that I will not receive financial compensation of any type associated with the taking or publication of these photographs or participation in Company marketing materials or other Company publications. I acknowledge and agree that publication of said photos confers no rights of ownership or royalties whatsoever.

I hereby release The Surgery Group of Los Angeles, its contractors, its employees and any third parties involved in the creation or publication of marketing materials, from liability for any claims by me or any third party in connection with my participation.

Я разрешаю группе хирургии Лос-Анджелеса , именуемую в дальнейшем "компания" к публиковать фотографии, сделанные мной для использования в хирургии Группы в Лос-Анджелесе печати онлайн и видеомаркетинговые материалы на основе , а также другие публикации компании .

Я hereby освободить и оградить группе хирургии Лос-Анджелеса от любой разумный ожидание частной жизни или конфиденциальности , связанных с изображениями , указанных выше .

Кроме того, я признаю, что мое участие является добровольным и что я не буду получать финансовую компенсацию любого типа, связанного с принятием или публикации этих фотографий или участие в маркетинговых материалах компании или других публикациях Общества. Я признаю и согласен, что публикация сказал фото не дает никаких прав собственности или роялти бы то ни было.

Я передаю группе хирургии Лос-Анджелеса , от своих подрядчиков , его employees и любой третьей стороны, участвующие в создании или публикации маркетинговых материалов , из liability для любых претензий от меня или любая третья сторона в связи с моим участием .

Printed Name / Отпечатано Имя _____

Signature / /подпись _____

Date / дата _____