

CenterWell ACE

Fòm Demografik Pasyan an

Non Pasyan: _____ Dat Nesans li: _____

Siyati Prenon Inisyal Dezyèm Prenon

Adrès

Ri Vil Eta Kòd Postal

Kalite Rezidans: Kay Prive Lavi Otonòm Mezon Retrèt ki Gen Enfimyè Espesyalis Asistans Pou Viv
 Mezon Retrèt Refij pou Sanzabri Kominote Retrèt Kay Moun Abite

Telefòn Selilè: _____ Lakay: _____ Travay: _____

Imel: _____

Eta Sivil: Marye Divòse Vèv Plase Selibatè Separe Legalman

Non Kontak nan Ka Ijans: _____ Nimewo Telefòn: _____

Relasyon: _____

Idantite Seksyèl: Ki sèks yo te ba w lè w fèt, nan premye batistè w? Gason Fanm
Èske gen yon bagay konsènan idantite w ou vle pwofesyonèl swen sante w la konnen? Wi Non

Lang Prensipal: Anglè Espanyòl Kreyòl Lòt (Tanpri Presize) _____

Ras: Blan Ameriken Nwa oswa Ameriken Afriken Azyatik Natif Natal Awayi oswa Lòt Moun Zile Pasifik
 Refize presize Endyen Ameriken oswa Natif Natal Alaska Lòt (Tanpri Presize) _____

Gwoup Etnik: Pa Ispanik oswa Latino Ispanik oswa Latino Refize presize

ENSTRIKSYON ALAVANS:

Èske w gen yon Enstriksyon Alavans? Wi Non

(Enstriksyon legal alekri sou volonte w pou swen sante ak/oswa konsènan nonmen yon moun pran desizyon medikal pou ou lè w pa kapab pran desizyon yo pou tèt ou ankò, tankou yon testaman lavi oswa yon pwokirasyon pou swen sante dirab)

Èske w gen yon Repezantan Pèsonèl? Wi Non

(Yon moun ki gen otorizasyon legal pou pran desizyon ki gen rapò ak swen sante pou ou, tankou yon responsab legal, yon moun ki gen pwokirasyon, oswa yon defansè oswa yon reprezantan oswa yon mandatè swen sante ou nonmen)

Si se WI, Non Reprezantan Pèsonèl la: _____

PÒTAY PASYAN AN:

Èske w ta renmen konekte sou entènèt? Sa a pral ba w aksè nan pòtay pasyan nou an kote ou ka gade randevou w yo ak enfòmasyon medikal ou yo, voye mesaj bay kabinè pwofesyonèl swen prensipal ou a, mande renouvèlman medikaman ak plis ankò.

Wi, mwen ta renmen konekte sou entènèt Non, mwen pa vle konekte sou entènèt pou kounye a

Si se WI, tanpri bay adrès imel ou: _____

FAMASI:

Famasi ki Vann an Detay ou Pi Pito	Famasi Kòmman pa Lapòs
Non: Adrès: Vil, Eta, Kòd Postal: Telefòn: Faks:	Non: Adrès: Vil, Eta, Kòd Postal: Telefòn: Faks:

Siyati Pasyan an oswa Reprezantan Pasyan ki Gen Otorizasyon Legal la* **Dat**

Non Reprezantan Pasyan ki Gen Otorizasyon Legal la (si sa a aplikab) **Dat**

*Si se reprezantan an, dekri otorite ou genyen pou ou aji pou moun sa a epi bay nenpòt dokiman ki koresponn lan (responsab legal, pwokirasyon, ranplasan swen sante, elatriye):

SE YON ANPLWAYE BIWO A K AP RANPLI PATI SA A

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adrès la valide; konte a ajoute | <input type="checkbox"/> Done estriktire yo ajou nan Enfòmasyon Anplis yo |
| <input type="checkbox"/> Sèvis Tretman ajoute | <input type="checkbox"/> Laboratwa Prensipal dokimante |
| <input type="checkbox"/> Dat siyati a | <input type="checkbox"/> Si kontak nan ka ijans lan se HIPAA, kaz HIPAA a gen yon ti kwa ladan |
| <input type="checkbox"/> Etablisman Prensipal la kòrèk | <input type="checkbox"/> Tout moun yo endike nan fòm HIPAA a te ajoute kòm kontak |
| <input type="checkbox"/> Koneksyon sou entènèt la aktive si pasyan an dakò | |