



СВОДНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЧНОМ ЗДОРОВЬЕ

PERSONAL HEALTH SUMMARY

ДАТА:

DATE:

ЛИЧНЫЕ СВЕДЕНИЯ PERSONAL INFORMATION

ИМЯ
FIRST NAME

СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ
MIDDLE I.

ФАМИЛИЯ
LAST NAME

УЛИЦА И НОМЕР ДОМА
STREET ADDRESS

ГОРОД
CITY

ШТАТ
STATE

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ZIP CODE

ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ)
DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY)

НОМЕР ТЕЛЕФОНА
PHONE NUMBER

ЭЛ. ПОЧТА
EMAIL

КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ СВЯЗИ EMERGENCY CONTACT

ИМЯ И ФАМИЛИЯ
NAME

КЕМ ПРИХОДИТСЯ
RELATIONSHIP

ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА
PRIMARY PHONE NUMBER

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА
SECONDARY PHONE NUMBER

ЭЛ. ПОЧТА
EMAIL

ОСНОВНОЙ ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ PRIMARY CARE PROVIDER

НАЗВАНИЕ
NAME

НОМЕР ТЕЛЕФОНА
PHONE NUMBER

УЛИЦА И НОМЕР ДОМА
STREET ADDRESS

ГОРОД
CITY

ШТАТ
STATE

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ZIP CODE

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АПТЕКЕ PHARMACY INFORMATION

НАЗВАНИЕ АПТЕКИ
PHARMACY NAME

НОМЕР ТЕЛЕФОНА
PHONE NUMBER

УЛИЦА И НОМЕР ДОМА
STREET ADDRESS

ГОРОД
CITY

ШТАТ
STATE

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ZIP CODE

НАЗВАНИЕ АПТЕКИ
PHARMACY NAME

НОМЕР ТЕЛЕФОНА
PHONE NUMBER

УЛИЦА И НОМЕР ДОМА
STREET ADDRESS

ГОРОД
CITY

ШТАТ
STATE

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ZIP CODE

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ HEALTH INSURANCE

НАЗВАНИЕ ОСНОВНОГО СТРАХОВЩИКА
PRIMARY INSURANCE NAME

ИДЕНТ. №
ID #

КОНТР. НОМЕР ПРОЦЕССИНГА (PCN)
PCN #

НОМЕР ГРУППЫ
GROUP #

БАНКОВСКИЙ ИДЕНТ. НОМЕР (BIN)
BIN #

НАЗВАНИЕ ВТОРОСТЕПЕННОГО СТРАХОВЩИКА
SECONDARY INSURANCE NAME

ИДЕНТ. №
ID #

КОНТР. НОМЕР ПРОЦЕССИНГА (PCN)
PCN #

НОМЕР ГРУППЫ
GROUP #

БАНКОВСКИЙ ИДЕНТ. НОМЕР (BIN)
BIN #

ПРЕПАРАТЫ, ВИТАМИНЫ, БАДЫ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ MEDICATIONS, VITAMINS, SUPPLEMENTS AND HERBALS

НАЗВАНИЕ
NAME

ДОЗА И РЕЖИМ ПРИЕМА
HOW MUCH AND HOW OFTEN

АНАМНЕЗ MEDICAL HISTORY

АЛЛЕРГИЯ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ALLERGIES TO MEDICATION

Предписан автоинъектор эпинефрина
EpiPen is prescribed