

Персональные данные

Ваше имя: _____

Дата рождения: _____ Рост: _____ Вес: _____

Телефон (домашний): _____ Мобильный телефон: _____

Имя родителя/опекуна: _____

Телефон: _____

Компания медицинского страхования: _____

Идентификационный номер: _____ № группы: _____

Ваш основной язык или способ связи: _____

Контактные лица для экстренной связи

Имя: _____

Кем приходится: _____ Телефон: _____

Особые инструкции

Особые инструкции по безопасности, кризисные планы или номер телефона горячей линии: _____

Особые состояния, проблемы с лечением, необычные результаты обследования или необходимость использования медицинского оборудования или оборудования длительного пользования (тип и размер): _____

Ваш диагноз

Основной диагноз: _____

Другой диагноз или серьезные травмы? _____

Особые состояния/примечания: _____

Аллергия (включая случаи аллергии на лекарства, продукты питания, окружающую среду, контакт и прочее. Опишите симптомы): _____

Ваши врачи

Имя основного врача: _____

Адрес: _____

_____ Телефон: _____

Предпочитаемая больница: _____

Название аптеки: _____

Адрес: _____

_____ Телефон: _____

Специализированная больница: _____

Другие поставщики медицинского обслуживания (например, специалисты, стоматологи, терапевты и т.п.)

Имя поставщика: _____

Тип: _____ Телефон: _____

Имя поставщика: _____

Тип: _____ Телефон: _____

Имя поставщика: _____

Тип: _____ Телефон: _____

Название лекарственного препарата	Доза	Частота приема
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Дополнительная информация: _____

Члены семьи, опекуны или другие лица, уполномоченные обсуждать вашу медицинскую информацию с вашим врачом (Если им не менее 18 лет, укажите их в форме HIPAA о защите конфиденциальности, которую вам дал врач).

Имя: _____

Кем приходится: _____ Телефон: _____

Имя: _____

Кем приходится: _____ Телефон: _____

Имя: _____

Кем приходится: _____ Телефон: _____

H.I. Doc



Держите карту в актуальном состоянии. Чтобы получить новую карту, посетите веб-сайт Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк по адресу: health.ny.gov/community/special_needs/#

Цель этой карты – помочь родителям детей с ограниченными возможностями и людям с ограниченными возможностями организовать информацию о своем здоровье и медицинском обслуживании.