

Личная медицинская карта

Имя и фамилия: _____

Если у вас есть вопросы или сомнения, звоните _____

по номеру (_____) _____ - _____.



Не забывайте брать эту карту с собой на все приемы у врачей.

Личная информация

Имя и фамилия: _____

Дата рождения: _____

Идентификационный номер участника плана Health Net: _____

Адрес: _____

Номер телефона: _____

Информация о семье и/или лице, осуществляющем уход

Имя и фамилия: _____

Кем приходится пациенту: _____

Номер телефона: _____

Другой номер телефона (например, рабочий): _____

Каким образом ваша семья и/или лица, осуществляющие уход, помогают вам контролировать ваши заболевания?

Информация о поставщике медицинских услуг

Врач первичного обслуживания¹: _____

Номер телефона: _____

Аптека: _____

Медицинское обслуживание на дому: _____

Внутривенное введение лекарств: _____

Медицинское оборудование длительного пользования: _____

Другие поставщики услуг: _____

Заблаговременные указания касательно медицинского обслуживания / доверенность (POA)

Это документы, в которых содержится информация для членов вашей семьи, лиц, осуществляющих уход, и врача о ваших пожеланиях относительно медицинского обслуживания на случай, если вы не сможете принимать такие решения самостоятельно.

Составили ли вы заблаговременные указания на случай недееспособности?

☐ Да ☐ Нет

Где их можно найти? _____

¹ Это основной врач, к которому вы обращаетесь за всеми основными услугами первичной медицинской помощи.

Укажите недавние случаи пребывания в больницах и учреждениях сестринского ухода.

В последнее время вы были в больнице, отделении неотложной помощи или учреждении сестринского ухода (например, учреждении долгосрочного ухода или центре квалифицированного сестринского ухода)? Укажите информацию об этом здесь.

Название больницы / учреждения сестринского ухода: _____

Дата поступления: _____

Дата выписки: _____

Причина: _____

Название больницы / учреждения сестринского ухода: _____

Дата поступления: _____

Дата выписки: _____

Причина: _____

Название больницы / учреждения сестринского ухода: _____

Дата поступления: _____

Дата выписки: _____

Причина: _____

Название больницы / учреждения сестринского ухода: _____

Дата поступления: _____

Дата выписки: _____

Причина: _____



Мои заболевания



Тревожные признаки (признаки и симптомы, на которые следует обращать внимание)



Аллергии

Вопросы к моему врачу

[illegible]

Вопросы к другим поставщикам медицинских услуг



Специалист (например, кардиолог, дерматолог, нефролог и т. д.)



Фармацевт



Координатор обслуживания



Поставщик услуг психиатрической, психологической и наркологической помощи



Поставщик медицинского обслуживания на дому

Сведения о лекарствах и пищевых добавках

Перечислите здесь лекарства, которые вы принимаете, и обсуждайте их с врачом во время каждого приема. Включите в список отпускаемые без рецепта обезболивающие средства, противоаллергические препараты, антациды и снотворное, которые вы регулярно принимаете. Проследите, чтобы все ваши врачи знали о любых изменениях в приеме лекарств. Это особенно важно после пребывания в больнице. Чтобы было удобно обновлять этот список, используйте карандаш.

Название	Имя и номер телефона врача	Дозировка	Как часто принимаете	Причина	Новое
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐

Запись на прием



Поставщик услуг: _____

Номер телефона: _____

Поставщик услуг: _____

Номер телефона: _____

Поставщик услуг: _____

Номер телефона: _____

Поставщик услуг: _____

Номер телефона: _____

Поставщик услуг: _____

Номер телефона: _____

Врач	Дата	Время

Дневник заботы о своем здоровье

Запишите свои цели в области здоровья и показатели для отслеживания своих успехов в их достижении. Обсудите это с врачом во время следующего посещения.

1 Цель в области здоровья № 1

Как я оцениваю свои успехи в достижении этой цели:

2 Цель в области здоровья № 2

Как я оцениваю свои успехи в достижении этой цели:

3 Цель в области здоровья № 3

Как я оцениваю свои успехи в достижении этой цели:

Примечания

Отдел обслуживания участников плана Health Net

Мы всегда готовы помочь вам и ответить на вопросы о вашем страховом покрытии.

800-675-6110 (TTY: 711)

Линия работает круглосуточно и без выходных.

Health Net of California, Inc. и Health Net Community Solutions, Inc. являются дочерними компаниями Health Net, LLC. Health Net — это зарегистрированный знак обслуживания компании Health Net, LLC. Все права защищены.