71 Diterjemahkan dari bahasa Inggris ke bahasa Indonesia - www.onlinedoctranslator.com

## **Perintis Medis Komprehensif**

Tangga	l <u>:</u>

## **PENDAFTARAN PASIEN**

Н	IARAP CETA	DAN	LENGKAP	I SEMUA EN	ITRI				
NAMA PASIEN (TERAKHIR PERTAMA AWAL TENGAH)			ALAMAT						
KOTA, NEGARA		RITSLETIN	ıg	TELEPON RU	МАН		TEI	LEPON SELULAR	
TANGGAL KELAHIRAN PASIEN SSN PASIEN		SI	EKS	1		STATUS PERNIKA	HAN		
		-Р	ria -	Perempuan		-Lajang - Menil	kah - La	innya	
NAMA PEKERJA PASIEN ALAM	AT MAJIKAN	PASIEN	N (ALAMAT	JALAN - KOT	ΓA - NEG	ARA - ZIP)		TELEPON MAJIKAN	
	•		•			,			
INFORMASI TERTANGGUNG/PARTAI PENANGGUNG JA	WAR		HUBUN	GAN DENG	CAN D	\SIEN: -nasan	aan -o	rang tua -wali	
NAMA (PERTAMA TERAKHIR AWAL TENGAH)		AMAT		da dengan p		ASILIApasair	gari -o	nang taa -wan	
,			(	u a ga p	,				
TELEPON RUMAH TELEPON KANTOR	SS	SN SN			TANGGA	LLAHTR	PEMBERI PEK	KFRIAAN	
					.,		· Lindent · Lin	a	
	TAI	EO DM	ACT ACUID	ANICT					
NAMA ASURANSI UTAMA	ALAMAT (JAL		ASI ASUR				TELEPON		
NAMA ASORANSI OTAMA	ALAWAI UAL	AIN - K	OIA-NEG	ARA-ZIF)			TELEPON		
Nove on the state of the state									
NOMOR GRUP NOMOR ID	PEMB	ERI PEKERJ	AAN			'	IELEPOI	N MAJIKAN	
NAMA ASURANSI SEKUNDER	ALAMAT (JAL	AN - K	OTA - NEG	ARA - ZIP)			TELEPON		
NOMOR GRUP NOMOR ID	PEMB	ERI PEKERJA	AAN			1	TELEPO	N MAJIKAN	
DOKTER PERTAMA/DOKTER KELUARGA				DOKTER RE	EEDENIST				
DOKTER PERTAMA DOKTER RELOARDA				DORTER RE	I LIKLINGI	•			
DALAM KASUS KONTAK DARURAT				HUBUNGAN	N		NOM	OR TELEPON	
TUGAS DAN PELEPASAN :Dengan ini saya mengizinkan n	nanfaat asura	nsi say	a dibayarka	an langsung l	ke dokte	r dan saya bertan	ggung j	awab secara finansial untuk	
layanan yang tidak ditanggung. Saya juga memberi kuasa	a kepada dokt	er untı	uk mengelu	ıarkan inform	nasi apa	pun yang diperlul	kan dala	am pemrosesan klaim ini dan	
semua klaim di masa mendatang. Jika akun saya dikirim k	ke agen penag	jihan, s	saya setuju	untuk memb	ayar sen	nua biaya penagil	nan dan	pengacara.	
TANDA TANGAN (Pasien atau, jika tanda tangan kecil dari oran	g tua atau wali	)	TA	ANGGAL					
			<u> </u>						
Otorisasi untuk mengeluarkan informasi kesehatan kepada: Nama			ALAMAT						
			7127111711						
VOTA NEGATA		<u> </u>		T			1		
KOTA, NEGARA		RITSLETIN	IG	TELEPON RU	MAH		I E	LEPON SIANG HARI	
TANGGAL LAYANAN				=			KAN TET	TAP BERLAKU SATU TAHUN	
		DAR	I TANGGAI	_ DITANDA T	ANGAN)				
DARI: KE:		-TIDAK	PERNAH BERTA	NGGAL:					
Rilis informasi berikut:									
-Semua Catatan -Catatan Bagan	-	Lapora	an Radiolo	gi	-Lap	oran Operatif		-Sejarah & Fisik	
DELEDACAN INICODAMACI									
PELEPASAN INFORMASI									
Aku mengerti itu:									
Aku mengerti itu:  ● sekali " <u>fasilitas ini</u> " mengungkapkan informasi kesehatan saya atas p	-		-						a.
Aku mengerti itu:  • sekali " <u>fasilitas ini</u> " mengungkapkan informasi kesehatan saya atas p Pihak ketiga mungkin tidak diwajibkan untuk mematuhi Otorisa	-		-						a.
Aku mengerti itu:  • sekali " <u>fasilitas ini</u> " mengungkapkan informasi kesehatan saya atas p Pihak ketiga mungkin tidak diwajibkan untuk mematuhi Otorisa saya.	si ini atau undang	g-undang	g federal dan i	negara bagian ya	ang berlaku	ı yang mengatur peng	ıgunaan da	an pengungkapan informasi kesehatan	
Aku mengerti itu:  • sekali " <u>fasilitas ini</u> " mengungkapkan informasi kesehatan saya atas p Pihak ketiga mungkin tidak diwajibkan untuk mematuhi Otorisa	si ini atau undang	g-undang	g federal dan i	negara bagian ya	ang berlaku	ı yang mengatur peng	ıgunaan da	an pengungkapan informasi kesehatan	
Aku mengerti itu:  • sekali " <u>fasilitas ini</u> " mengungkapkan informasi kesehatan saya atas p Pihak ketiga mungkin tidak diwajibkan untuk mematuhi Otorisa saya.  • Saya dapat membuat permintaan tertulis kapan saja untuk me	si ini atau undang meriksa dan/ata	g-undang	g federal dan r dapatkan salii	negara bagian ya	ang berlaku	ı yang mengatur peng	ıgunaan da	an pengungkapan informasi kesehatan	
Aku mengerti itu:  ■ sekali " <u>fasilitas ini</u> " mengungkapkan informasi kesehatan saya atas p Pihak ketiga mungkin tidak diwajibkan untuk mematuhi Otorisa saya.  ■ Saya dapat membuat permintaan tertulis kapan saja untuk me Privasi Federal 45 CFR (164.524).  ■ catatan saya dilindungi dan tidak dapat diungkapl ■ Otorisasi ini akan tetap berlaku selama satu tahun atau sa	si ini atau undang meriksa dan/ata kan tanpa izii	g-undang nu mend	g federal dan i dapatkan salii Ilis peritahuan p	negara bagian ya nan informasi k pencabutan tel	ang berlaku kesehatan	u yang mengatur peng saya yang disimpan	gunaan da di fasilita Rekam M	an pengungkapan informasi kesehatan as ini sebagaimana diatur dalam Atura edis.	
Aku mengerti itu:  ■ sekali " <u>fasilitas ini</u> " mengungkapkan informasi kesehatan saya atas p Pihak ketiga mungkin tidak diwajibkan untuk mematuhi Otorisa saya.  ■ Saya dapat membuat permintaan tertulis kapan saja untuk me Privasi Federal 45 CFR (164.524).  ■ catatan saya dilindungi dan tidak dapat diungkapl	si ini atau undang meriksa dan/ata kan tanpa izii	g-undang nu mend	g federal dan i dapatkan salii Ilis peritahuan p	negara bagian ya nan informasi k	ang berlaku kesehatan	u yang mengatur peng saya yang disimpan	gunaan da di fasilita	an pengungkapan informasi kesehatan as ini sebagaimana diatur dalam Atura edis.	
Aku mengerti itu:  ■ sekali " <u>fasilitas ini</u> " mengungkapkan informasi kesehatan saya atas p Pihak ketiga mungkin tidak diwajibkan untuk mematuhi Otorisa saya.  ■ Saya dapat membuat permintaan tertulis kapan saja untuk me Privasi Federal 45 CFR (164.524).  ■ catatan saya dilindungi dan tidak dapat diungkapl ■ Otorisasi ini akan tetap berlaku selama satu tahun atau sa	si ini atau undang meriksa dan/ata kan tanpa izii	g-undang nu mend	g federal dan i dapatkan salii Ilis peritahuan p	negara bagian ya nan informasi k pencabutan tel	ang berlaku kesehatan	u yang mengatur peng saya yang disimpan	gunaan da di fasilita Rekam M	an pengungkapan informasi kesehatan as ini sebagaimana diatur dalam Atura edis.	
Aku mengerti itu:  ■ sekali " <u>fasilitas ini</u> " mengungkapkan informasi kesehatan saya atas p Pihak ketiga mungkin tidak diwajibkan untuk mematuhi Otorisa saya.  ■ Saya dapat membuat permintaan tertulis kapan saja untuk me Privasi Federal 45 CFR (164.524).  ■ catatan saya dilindungi dan tidak dapat diungkapl ■ Otorisasi ini akan tetap berlaku selama satu tahun atau sa	si ini atau undang meriksa dan/ata kan tanpa izi aya memberika	g-undang uu mend n tertu n pemb	g federal dan i dapatkan salii ilis peritahuan p	negara bagian ya nan informasi k pencabutan tel INGGAL	esehatan rtulis kep	u yang mengatur peng saya yang disimpan	gunaan da di fasilita Rekam M	an pengungkapan informasi kesehatan as ini sebagaimana diatur dalam Atura edis.	

## **Perintis Medis Komprehensif**

Tango	ıal:

## RIWAYAT MEDIS PASIEN

NAMA PASIEN (TERAKHIR PERTAMA AWAL TENGAH)								
	,							
* * * Apotek Pilihan:								
Alergi								
	Pita perekat	-Anestesi		-Aspirin		-Kodein		
	odium/Kerang/Pewarna Kontras	<b>-</b> Getah		<b>-</b> Morfin		-Penisilin		
-Obat Sulfa	Gandum							
LAINNYA:								
SEJARAH KELUARGA- Sebutkan j		mengalami salah satu	ı dari yang ber					
Manalah Arastasi	IBU		1	AYAH	SA	AUDARA(Kakak adik)		
Masalah Anestesi								
Radang sendi								
Kanker								
Diabetes Magalah jantung								
Masalah jantung								
Hipertensi Stroke								
Gangguan Tiroid								
SEJARAH SOSIAL	<u> </u>							
Status pernikahan:-Lajand	n - Menikah - Bercerai - Ja	anda - Ternisah						
Pekerjaan:	-	unan - Dinonak	tifkan (ala	san	)			
-Ya -TIDAK -Apakah Anda min				nulihkan Alkoholi	/ .k			
-Ya -TIDAK -Apakah Anda menggunak			_	-Mengunyah				
Diverset DedebiCitation defter					:!!!!:			
Riwayat Bedah:Silakan daftar JENIS BEDAH			<u> </u>	DOKT		LOKASI		
JENIS BEDAF	1	TAHUN atau TA	NGGAL	DOKI	EN	LUNASI		
Riwayat kesehatan:Apakah Anda <u>per</u>	nah memiliki salah satu dari herik	rut ini?						
-TIDAK ADA masalah yang terdaftar	nyeri dada	ac III.	-hiperlipide	mia	-cedera o	rgan		
-alergi	-gagal jantung konges	stif CHF	-hipertensi		-osteopor	-		
-anemia	-sindrom kelelahan kr	onis	-pria hipog	onadisme	•	-emboli paru / bekuan darah di kaki		
-kondisi radang sendi	<b>-</b> depresi		-hipotiroidisme		<b>-</b> ganggua	<b>-</b> gangguan kejang		
-asma	<b>-</b> diabetes		-masalah ir	ıfeksi	-sesak na	-sesak napas		
<b>-</b> fibrilasi arteri	-penyalahgunaan obat/alkohol		-insomnia		-kondisi sinus			
-masalah pendarahan	<b>-</b> disfungsi ereksi		-sindrom ir		-stroke			
-BPH	<b>-</b> fibromyalgia		-masalah g	injal		-sindrom X		
-penyakit arteri koroner CAD	<b>-</b> Gerd		-mati haid	15.1	<b>-</b> getaran	-getaran -alergi gandum		
-kanker -gagal jantung	-penyakit jantung -Kolesterol Tinggi	-penyakit jantung		ıkit kepala	<b>-</b> alergi ga	naum		
-Penyakit celiac	-hiperinsulinemia		-sakit saraf					
-	·							
Obat-obatan:Cantumkan ob		Anda minum (ha	rap sertaka	n obat yang dijua	ıl bebas):			
PLEASE PRINT LEGIBLY - NO CURS PENGOBATAN		DOS	is .		DOKTE	R PERSKRIBING		
TENGOBATAN		DO3	,13		DORTE	KT EKSKRIBING		