

Informasi pasien							
Nama depan				Nama keluarga		MI	Tanggal lahir
Alamat				Kota		Negara	Ritsleting
Silakan periksa Utama telepon	Telepon rumah <input type="checkbox"/>		Telepon Kantor <input type="checkbox"/>		Telepon selular <input type="checkbox"/>		
Nama Lain Digunakan				Alamat email			
Jenis kelamin <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		SSN		Bahasa Pilihan		Surat izin Mengemudi	
Status pernikahan <input type="checkbox"/> Telah menikah <input type="checkbox"/> Lajang <input type="checkbox"/> Cerai <input type="checkbox"/> Terpisah <input type="checkbox"/> Janda <input type="checkbox"/> Teman hidup		Kontak Pilihan <input type="checkbox"/> Surat <input type="checkbox"/> Telepon rumah <input type="checkbox"/> Telepon Siang <input type="checkbox"/> Telepon selular <input type="checkbox"/> Portal Pasien (Chart Saya)		Etnisitas <input type="checkbox"/> Kamboja <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Hispanik/Latin <input type="checkbox"/> Non-Hispanik		Balapan <input type="checkbox"/> Indian Amerika atau Asia Asli <input type="checkbox"/> Alaska <input type="checkbox"/> Hitam atau Afrika-Amerika <input type="checkbox"/> Penduduk Asli Hawaii/Kepulauan Pasifik Lainnya <input type="checkbox"/> Putih <input type="checkbox"/> Lainnya	
Penyedia Perawatan Primer				Penyedia Rujukan			
Penanggung Jawab (Penjamin)							
Nama depan				Nama keluarga		MI	Tanggal lahir
Alamat				Kota		Negara	Ritsleting
Silakan periksa Utama Telepon	Telepon rumah <input type="checkbox"/>		Telepon Kantor <input type="checkbox"/>		Telepon selular <input type="checkbox"/>		
SSN		Hubungan dengan pasien		Bahasa Pilihan		Surat izin Mengemudi	
Kontak Darurat (untuk anak kecil, bagian ini dapat digunakan untuk orang tua lain)							
Nama depan				Nama keluarga		MI	Tanggal lahir
Alamat				Kota		Negara	Ritsleting
Silakan periksa Utama Telepon	Telepon rumah <input type="checkbox"/>		Telepon Kantor <input type="checkbox"/>		Telepon selular <input type="checkbox"/>		
<p>Saya/Kami dengan ini menyetujui dan mengesahkan pelaksanaan semua perawatan, pembedahan, dan layanan medis yang dianggap disarankan oleh dokter dan staf kelompok medis yang berafiliasi dengan MemorialCare Medical Foundation kepada saya atau anak di bawah umur yang disebutkan di atas yang saya adalah orang tua atau wali yang sah. Dengan ini saya menyatakan bahwa, sepanjang pengetahuan saya, semua pernyataan yang terkandung di sini adalah benar. Saya memahami bahwa saya bertanggung jawab langsung atas semua biaya yang dikeluarkan untuk layanan medis untuk diri saya sendiri dan tanggungan saya terlepas dari pertanggungan asuransi, kecuali hanya layanan resmi yang diberikan berdasarkan kontrak HMO prabayar yang valid. Saya selanjutnya setuju untuk membayar bunga hukum, biaya penagihan, dan biaya pengacara yang dikeluarkan untuk menagih berapa pun jumlah terutang saya. Saya juga dengan ini memberi kuasa kepada grup medis yang berafiliasi dengan MemorialCare Medical Foundation untuk memberikan informasi yang diminta oleh perusahaan asuransi dan/atau perwakilannya. Saya sepenuhnya memahami perjanjian dan persetujuan ini akan berlanjut sampai dibatalkan oleh saya secara tertulis.</p>							
Tanda tangan Pasien/Pihak Penanggung Jawab				Tanggal			
Nama Pasien/Pihak Penanggung Jawab (Mohon Cetak)				Hubungan dengan pasien			

2

Riwayat Bedah – Periksa apakah Anda telah menerima prosedur berikut, dan tahun dilakukan.							
Prosedur operasi	Tahun	Prosedur operasi	Tahun				
<input type="checkbox"/> Tidak ada		Laki-Laki Saja					
<input type="checkbox"/> Angioplasti		<input type="checkbox"/> Biopsi Prostat					
<input type="checkbox"/> Angioplasti dengan Stent		<input type="checkbox"/> TURP					
<input type="checkbox"/> Pembedahan usus buntu		(Reseksi Trans-uretra Prostat)					
<input type="checkbox"/> Lutut Artroskopi		<input type="checkbox"/> Vasektomi					
<input type="checkbox"/> Bedah Punggung		<input type="checkbox"/> Lainnya					
<input type="checkbox"/> CABG (bypass jantung)		<input type="checkbox"/> Lainnya					
<input type="checkbox"/> Pelepasan Terowongan Karpal							
<input type="checkbox"/> Ekstraksi Katarak		Hanya Wanita					
<input type="checkbox"/> Kolesistektomi		<input type="checkbox"/> Mammoplasti augmentasi					
<input type="checkbox"/> Kolektomi		<input type="checkbox"/> ligasi tuba bilateral					
<input type="checkbox"/> Kolostomi		<input type="checkbox"/> Biopsi Payudara					
<input type="checkbox"/> Bypass Lambung		<input type="checkbox"/> Bagian Caesar					
<input type="checkbox"/> Perbaikan Hernia		<input type="checkbox"/> D dan C					
<input type="checkbox"/> Penggantian Pinggul		<input type="checkbox"/> Histerektomi					
<input type="checkbox"/> Penggantian lutut		<input type="checkbox"/> Mastektomi					
<input type="checkbox"/> LASIK		<input type="checkbox"/> Miomektomi					
<input type="checkbox"/> Biopsi Hati		<input type="checkbox"/> Pengurangan Mamoplasti					
<input type="checkbox"/> Alat pacu jantung		<input type="checkbox"/> TAH/BSO					
<input type="checkbox"/> Reseksi Usus Kecil		<input type="checkbox"/> Histerektomi Vagina					
<input type="checkbox"/> Tiroidektomi		<input type="checkbox"/> Lainnya					
<input type="checkbox"/> Operasi amandel		<input type="checkbox"/> Lainnya					
Pemeliharaan Kesehatan – Periksa apakah Anda telah menerima yang berikut, dan tanggal ujian terbaru.							
Ujian	Tanggal	Ujian	Tanggal				
<input type="checkbox"/> Tidak ada		<input type="checkbox"/> Ujian GYN					
<input type="checkbox"/> Pemeriksaan Payudara		<input type="checkbox"/> Vaksin flu					
<input type="checkbox"/> Tes Stres Jantung		<input type="checkbox"/> Panel Lipid					
<input type="checkbox"/> Kolonoskopi		<input type="checkbox"/> Mammogram					
<input type="checkbox"/> Pemindaian DEXA		<input type="checkbox"/> Tes pap					
<input type="checkbox"/> Ekokardiogram		<input type="checkbox"/> Ujian Fisik					
<input type="checkbox"/> EKG		<input type="checkbox"/> Vaksin Pneumokokus					
<input type="checkbox"/> Tes mata		<input type="checkbox"/> Tes Fungsi Paru					
<input type="checkbox"/> FOBT (kartu tinja untuk darah tersembunyi)		<input type="checkbox"/> Sigmoidoskopi					
<input type="checkbox"/> Ujian Kaki		<input type="checkbox"/> Vaksin Tetanus					
Riwayat Keluarga – Periksa apakah ada anggota keluarga yang memiliki salah satu dari kondisi berikut.							
<input type="checkbox"/> Diadopsi							
Diagnosa	Ibu	Ayah	Saudara laki-laki	Saudari	Lainnya	Lainnya	Lainnya
Alkoholisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penyakit Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penyakit darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAD (Serangan Jantung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanker – Jenis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CVA (Stroke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keterlambatan Perkembangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sejarah Keluarga – lanjutan							
Diagnosa	Ibu	Ayah	Saudara laki-laki	Saudari	Lainnya	Lainnya	Lainnya
Eksim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kekurangan Pendengaran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperlipidemia (Kolesterol Tinggi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensi (Tekanan Darah Tinggi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penyakit Usus Besar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketidakmampuan belajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penyakit kejiwaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kegemukan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoarthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penyakit Ginjal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riwayat Sosial Pasien Dewasa							
Pekerjaan			Pemberi pekerjaan				
Apa anda punya anak? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> TIDAK		Berapa banyak?		Perempuan		Pria	
Penggunaan tembakau <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> Sehari-hari <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Lebih sedikit <input type="checkbox"/> Mantan/Tahun berhenti:			<input type="checkbox"/> Mengunyah <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cerutu <input type="checkbox"/> Rokok <input type="checkbox"/> Merek Tanpa Asap:			
Penggunaan Alkohol <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> Sehari-hari <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Lebih sedikit <input type="checkbox"/> Mantan/Tahun berhenti:			<input type="checkbox"/> Bir <input type="checkbox"/> Anggur <input type="checkbox"/> Minuman keras <input type="checkbox"/> Lainnya:			
Aktivitas Latihan	<input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Kuat <input type="checkbox"/> Menetap Hari/Minggu:			Pola tidur: <input type="checkbox"/> Perubahan <input type="checkbox"/> Tidak ada perubahan			
Penggunaan Kafein <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> Sehari-hari <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Lebih sedikit <input type="checkbox"/> Mantan/Tahun berhenti:			<input type="checkbox"/> Cokelat <input type="checkbox"/> Kopi <input type="checkbox"/> Soda <input type="checkbox"/> teh <input type="checkbox"/> Tablet <input type="checkbox"/> Lainnya:			
Untuk Pasien Anak							
Residen Pasien	Utama	<input type="checkbox"/> Ibu	<input type="checkbox"/> Ayah	<input type="checkbox"/> Kedua orang tua	<input type="checkbox"/> Lainnya:		
dengan:	Sekunder	<input type="checkbox"/> Ibu	<input type="checkbox"/> Ayah	<input type="checkbox"/> Lainnya:			
Pekerjaan Ibu				Pekerjaan ayah			
Hubungan Orang Tua <input type="checkbox"/> Telah menikah <input type="checkbox"/> Lajang <input type="checkbox"/> Cerai <input type="checkbox"/> Terpisah <input type="checkbox"/> Janda				Penitipan anak <input type="checkbox"/> Ibu <input type="checkbox"/> Eyang <input type="checkbox"/> Ayah <input type="checkbox"/> Pengasuh <input type="checkbox"/> Saudara <input type="checkbox"/> Tempat penitipan anak			
Paparan Tembakau: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> TIDAK Perokok di rumah: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> TIDAK				Pasien saat ini perokok? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> TIDAK			