

# Медицинская карта вашего родственника

## А. Персональные данные

Фамилия	Имя	Отчество	
Основной адрес			
Город	Штат	Индекс	
Домашний телефон	Рабочий телефон	Мобильный телефон	
Дата рождения (М/Д/ГГ)	Пол: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский		
Группа крови, если известна	Языки		
Род занятий (если применимо)	Тел. компании		
Название компании	Факс компании		
Адрес компании	Город	Штат	Индекс

## Б. Контакты на случай чрезвычайной ситуации

В случае чрезвычайной ситуации, уведомить (основной контакт)		Кем приходится	
Адрес	Город	Штат	Индекс
Домашний телефон	Рабочий телефон	Мобильный телефон	
В случае чрезвычайной ситуации, уведомить (второй контакт)		Кем приходится	
Адрес	Город	Штат	Индекс
Домашний телефон	Рабочий телефон	Мобильный телефон	

**В. Информация о медицинской страховке**

Провайдер медицинской страховки:  Частный  Medicare  Medicaid  Другое

Членский номер: \_\_\_\_\_  
Название компании (если частная страховка) Номер группового плана: \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_ Основной держатель страховки (ФИО, если отличаются от указанного в части А данного бланка)

Работодатель основного держателя страховки (если применимо) \_\_\_\_\_ Телефон работодателя \_\_\_\_\_

Провайдер второстепенной медицинской страховки:  Частный  Medicare  Medicaid  Другое

Членский номер: \_\_\_\_\_  
Название компании (если частная страховка) Номер группового плана: \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_ Основной держатель страховки (ФИО, если отличаются от указанного в части А данного бланка)

Работодатель основного держателя страховки (если применимо) \_\_\_\_\_ Телефон работодателя \_\_\_\_\_

Провайдер второстепенной медицинской страховки:  Частный  Medicare  Medicaid  Другое

Членский номер: \_\_\_\_\_  
Название компании (если частная страховка) Номер группового плана: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Основной держатель страховки (ФИО, если отличаются от указанного в части А данного бланка)

Работодатель основного держателя страховки (если применимо) \_\_\_\_\_ Телефон работодателя \_\_\_\_\_

### Г. Специальные указания

*(включают медицинскую доверенность, завещание о жизни и доверенность)*

**Медицинская доверенность** *(впишите данные о лице, которое называется поверенным по вопросам медицинской доверенности вашего родственника)*

ФИО	Телефон	Мобильный телефон	Рабочий телефон
-----	---------	-------------------	-----------------

Адрес агента	Город	Штат	Индекс
--------------	-------	------	--------

Рабочий адрес агента	Город	Штат	Индекс
----------------------	-------	------	--------

Местонахождение документа (физическое место, например, сейф для хранения ценностей)

ФИО лица, имеющего доступ к документу	Телефон:
---------------------------------------	----------

### Завещание о жизни

Местонахождение документа (физическое место, например, сейф для хранения ценностей)

ФИО лица, имеющего доступ к документу	Телефон:
---------------------------------------	----------

**Доверенность** *(впишите данные о лице, которое обладает доверенностью)*

ФИО	Телефон	Мобильный телефон	Рабочий телефон
-----	---------	-------------------	-----------------

Адрес	Город	Штат	Индекс
-------	-------	------	--------

Рабочий адрес	Город	Штат	Индекс
---------------	-------	------	--------

Местонахождение документа (физическое место, например, сейф для хранения ценностей)

ФИО лица, имеющего доступ к документу	Телефон:
---------------------------------------	----------

#### Д. Аллергия на лекарства

(укажите лекарства, продукты питания, природные факторы и/или другое)

Аллерген	Реакция	Когда последний раз возникла	Лечение

#### Е. История болезни вашего родственника

Отметьте все, что относится к состоянию вашего родственника в настоящее время и все заболевания, имевшие место ранее.

<input type="checkbox"/> Алкоголизм	<input type="checkbox"/> Высокое давление
<input type="checkbox"/> Артрит	<input type="checkbox"/> Болезни почек
<input type="checkbox"/> Астма	<input type="checkbox"/> Умственная отсталость
<input type="checkbox"/> Рак	<input type="checkbox"/> Ревматическая атака
<input type="checkbox"/> Диабет    Тип: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> Эпилептические припадки
<input type="checkbox"/> Эмфизема	<input type="checkbox"/> Болезни желудка, печени, кишечника
<input type="checkbox"/> Глаукома	<input type="checkbox"/> Паралич
<input type="checkbox"/> Болезни сердечно-сосудистой системы	<input type="checkbox"/> Расстройство функции щитовидной железы
<input type="checkbox"/> Гемодиализ	<input type="checkbox"/> Туберкулез
<input type="checkbox"/> Гепатит    Тип: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> Опухоль
<input type="checkbox"/> Высокий уровень холестерина	<input type="checkbox"/> Другое

### Ж. Образ жизни вашего родственника

Алкоголь ь	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	Порций в неделю:	Количество лет:
Курение	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	Пачек в день:	Количество лет:

### 3. Журнал здоровья вашего родственника

*Пожалуйста, укажите все случаи госпитализации, операции и другие основные события, связанные со здоровьем, в том числе, посещения отделения скорой помощи)*

Событие	Дата	Диагноз	Учреждение	Исход