

**Демографическая информация о пациенте детского возраста**

Эта информация поможет нам продолжать непрерывное финансирование и больше узнать о здоровье пациента и его потенциальных потребностях. Чем более полные ответы Вы дадите, тем лучше мы сможем Вас обслужить, но мы понимаем, что на некоторые вопросы Вы, возможно, не захотите отвечать. Если Вы не хотите отвечать на какой-либо вопрос или если Вы не видите варианта ответа, который описывает Вашу ситуацию или ситуацию пациента, Вы можете пропустить такой вопрос и обсудить его во время визита.

Следующая страница

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Имя и фамилия пациента:** | | | | **Дата рождения:** |
| **Как обращаться к пациенту:** | | | | |
| 1. Является ли пациент членом семьи сотрудника Unity Care NW? | | | | |
| * Нет * Да, пациент является членом семьи сотрудника Unity Care NW   Имя и фамилия сотрудника: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 1. Каков общий доход семьи? Выберите один и заполните поле ниже:  * Еженедельно $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Ежемесячно $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Ежегодно $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 1. Сколько членов в вашей семье? Заполните поле ниже:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ членов семьи | | | | |
| 1. Какой основной язык пациента? | | | | |
| * Английский * Испанский | * Русский * Другой язык: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Какой язык законного опекуна пациента, если он отличается от языка пациента: | | | | |
| 1. К какой расе (расам) относит себя пациент? | | | | |
| * Азиаты * Коренные жители Гавайских островов * Коренные жители других тихоокеанских островов * Чернокожие/афроамериканцы | | * Американские индейцы / коренные жители Аляски * Белые * Другая раса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Предпочитаю не отвечать | | |
| Уточните выбранный выше вариант ответа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (пример: гаитянин, представитель племени сиу, сириец, камбоджиец) | | | | |
| 1. Пациент испаноязычный американец или латиноамериканец? | | | | |
| * Нет * Да   Уточните: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (пример: доминиканец, кубинец, мексиканец) | | | | |
| 1. Является ли законный опекун пациента работником сельского хозяйства?  * Нет * Сезонный работник * Трудовой мигрант * Круглогодичный работник * Пенсионер, работающий на ферме | | | | |
| 1. Проживает ли пациент в настоящее время: | | | | |
| * На улице, в автомобиле или в палаточном городке * В учреждении временного пребывания или временном жилье * В приюте | | | * В постоянном социальном жилье   (пример: Lydia Place, Catholic Community Services, Whatcom Homeless Services)   * У друзей или в расширенной семье на временной основе * Ничего из вышеперечисленного | |
| 1. Проживает ли пациент в настоящее время в государственном жилье?   (пример: Департамент жилищного строительства и городского развития (Department of Housing and Urban Development, HUD), жилье в соответствии с разделом 8) | | | | |
| * Нет * Да | | | | |

**Имя и фамилия законного опекуна:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подпись законного опекуна:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Revised 07/09/2024