

Фамилия		Имя		Второе (Middle) имя	
Номер SSN		Дата рождения		Пол при рождении <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	
				Пол официальный <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	

Предпочитаемое обращение (имя)		Обращаться <input type="checkbox"/> Он, Ему, Его <input type="checkbox"/> Они, Им, Их <input type="checkbox"/> Она, Ей, Ее			
Половая принадлежность <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Мужч./Женщ. <input type="checkbox"/> Отказываюсь сообщать <input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщ./Мужч. <input type="checkbox"/> Другое (поясните): <input type="checkbox"/> Пол не определен		Сексуальная ориентация <input type="checkbox"/> Бисексуал <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> Гетеросексуал <input type="checkbox"/> Отказываюсь сообщать <input type="checkbox"/> Лесбиянка, гей, гомосексуал			

Домашний адрес			Адрес для писем (если отличается от домашнего)		
Город	Штат	Zip Code	Город	Штат	Zip Code

Семейное положение <input type="checkbox"/> Одинокий <input type="checkbox"/> Имею партнера <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> В браке <input type="checkbox"/> Вдовец/вдова <input type="checkbox"/> Живем раздельно			Предпочитаемый тип визита <input type="checkbox"/> Видео визиты <input type="checkbox"/> Не имеет значения <input type="checkbox"/> Визит в клинике <input type="checkbox"/> Только визиты в клинике		
---	--	--	---	--	--

Предпочитаемый язык	Понадобится ли вам переводчик, если врач не говорит на предпочитаемом языке? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
----------------------------	--

Контактная информация Предпочитаемый телефон () <input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Моб. <input type="checkbox"/> Рабоч		Адрес электронной почты (Email)
---	--	--

Дополнительный телефон ()	<input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Моб. <input type="checkbox"/> Рабоч. <input type="checkbox"/> Другой: <input type="checkbox"/> Этот телефон принадлежит другой персоне. Укажите имя и отношение. Имя _____ Отношение _____
--------------------------------------	---

Предпочитаемый контакт <input type="checkbox"/> Дом. телефон <input type="checkbox"/> Email/Patient Portal <input type="checkbox"/> Рабоч. телефон <input type="checkbox"/> Почта <input type="checkbox"/> Мобильный телефон	Хотите ли вы контактировать с врачом через Patient Portal? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Информацию о ваших визитах предпочитаете получать: <input type="checkbox"/> Портал <input type="checkbox"/> В бумажном виде
--	---	---

Предпочитаемая аптека: <input type="checkbox"/> InnoVa <input type="checkbox"/> CVS <input type="checkbox"/> Raley's <input type="checkbox"/> Rite Aid <input type="checkbox"/> Safeway <input type="checkbox"/> Walgreens <input type="checkbox"/> Walmart <input type="checkbox"/> Target <input type="checkbox"/> Другая: _____	Месторасположение аптеки (адрес или перекресток улиц)
---	---

Ваша демографическая информация помогает Elica в поиске финансирования услуг.

Общее число проживающих в доме (вы и ваши иждивенцы): _____ Отказываюсь сообщать

Общее число детей до 18 лет в вашем доме: _____ Отказываюсь сообщать

Что из перечисленного наилучшим образом описывает вашу семью?

Индивидуал Глава семьи – мать-одиночка Глава семьи – отец-одиночка
 Семья с двумя родителями Отказываюсь сообщать

Доход домохозяйства до уплаты налогов ?

\$ _____

В год Каждые 2 недели В неделю
 В месяц Дважды в месяц Отказываюсь сообщать

В прошедшем календарном году (с 1 января) вы были бездомным или находились в приюте?

Да (поясните ниже) Отказываюсь сообщать
 Нет

В приюте для бездомных На улице В Transitional-приюте
 В коммуне В доме временной поддержки Другое: _____

Были ли сельскохозяйственные работы источником дохода семьи в последние 2 года?

Нет Отказываюсь сообщать
 Да, ферма мигрантов Да, сезонные работы

Какова ваша раса или биологическая принадлежность? (Отметьте всё, что к вам относится)

Индеец/уроженец Аляски Белый Гавайец Уроженец островов
 Афроамериканец Азиат Отказываюсь сообщать

Вы испанец или латиноамериканец? Да Нет Отказываюсь сообщать

Вы ветеран? Да Нет Отказываюсь сообщать

Контактное лицо при чрезвычайных ситуациях	
Фамилия	Имя
Номер телефона	Отношение к пациенту

Если пациент моложе 18 лет, укажите ВСЕХ законных родителей/опекунов. <input type="checkbox"/> Приемный ребенок					
Законный родитель/опекун #1 (Имя, Фамилия)			Законный родитель/опекун #2 (Имя, Фамилия)		
Отношение		Опека <input type="checkbox"/> Единоличная <input type="checkbox"/> Совместная	Отношение		Опека <input type="checkbox"/> Единоличная <input type="checkbox"/> Совместная
Номер SSN	Дата рожд.	Поручитель <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер SSN	Дата рожд.	Поручитель <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Адрес/улица <input type="checkbox"/> Тот же адрес, что и у пациента			Адрес/улица <input type="checkbox"/> Тот же адрес, что и у пациента		
Город		Город	Zip	Город	
State		Zip			
Телефон		Email		Телефон	
				Email	

Как вы узнали об Elica Health Centers?			
<input type="checkbox"/> Реклама	<input type="checkbox"/> От друзей, родных	<input type="checkbox"/> В СМИ	<input type="checkbox"/> Медик Primary Care
<input type="checkbox"/> От врача	<input type="checkbox"/> На мероприятии	<input type="checkbox"/> Услышал от других	<input type="checkbox"/> Пациент в клинике
<input type="checkbox"/> В страховой компании	<input type="checkbox"/> От пациентов	<input type="checkbox"/> В церкви	<input type="checkbox"/> Сотрудник Elica
<input type="checkbox"/> В госпитале	<input type="checkbox"/> В школьной управе, школе	<input type="checkbox"/> Член правления Elica	<input type="checkbox"/> Другое:

Страховка и оплата	
Есть ли у вас страховка?	Есть ли зубная страховка?
<input type="checkbox"/> Да (предоставьте копию карточки)	<input type="checkbox"/> Да (предоставьте копию карточки)
<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Нет

Соглашение и подтверждение	
<p>Лечение: Я даю согласие на лечение, которое будет предоставлено Elica Health Centers (ЕНС), врачами, их ассистентами и другими сотрудниками ЕНС. Я понимаю, что клиника подготовит и будет вести мою медицинскую карту, и что я имею право получить копию своей медицинской карты, подписав формы, предоставленные клиникой для этой цели.</p> <p>Студенты/резиденты: Я понимаю, что ЕНС участвует в обучении студентов в области здравоохранения. Я могу отказаться от их участия в моем медицинском обслуживании в любое время.</p> <p>Телемедицина: Я даю согласие на получение медицинской помощи по телефону, через портал для пациентов, когда это необходимо с медицинской и клинической точки зрения для обмена медицинской информацией между мной и врачом, или между одним врачом и другим врачом.</p> <p>Назначение пособий: Я разрешаю выплату непосредственно ЕНС пособий, которые, в противном случае подлежали бы выплате мне, но не превышали бы регулярно взимаемых ЕНС платежей за услуги. Я понимаю, что несу финансовую ответственность перед ЕНС за любые расходы, не покрываемые моей страховкой, включая остаток моих расходов после применения любой скидки.</p> <p>Финансовое соглашение: Я соглашаюсь оплатить все расходы, которые не оплачиваются страховой компанией или третьей стороной. Я соглашаюсь соблюдать условия и соглашения.</p> <p>Политика сборов ЕНС. Медицинские центры Elica Health Centers не являются бесплатной клиникой, и невыполнение Вашей финансовой ответственности перед нами или несогласие с графиком оплаты может привести к Вашему финансовому отказу от наших услуг. В соответствии с Политикой ЕНС по сбору платежей, ЕНС может принять решение о прекращении отношений с любым пациентом, который не соблюдает данное финансовое соглашение.</p> <p>Уведомление о конфиденциальности: Я подтверждаю получение Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности.</p> <p>Действие соглашения: Я понимаю, что данное соглашение действует, пока я являюсь пациентом или законным опекуном пациента ЕНС. Я имею право отозвать его в любое время. Если я приму решение об отзыве, я должен предоставить его в клинику в письменном виде. Отзыв вступает в силу только после его получения и не относится к другой информации, на которую я ранее давал согласие.</p> <p>ПОДПИСЫВАЯ НИЖЕ, Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ, УКАЗАННАЯ В РЕГИСТРАЦИОННОЙ ФОРМЕ ПАЦИЕНТА, ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТОВЕРНОЙ И ПРАВИЛЬНОЙ, НАСКОЛЬКО МНЕ ИЗВЕСТНО, ЧТО Я ПРОЧИТАЛ РАЗДЕЛ "СОГЛАШЕНИЕ", ПОНИМАЮ И ПРИНИМАЮ ЕГО УСЛОВИЯ.</p>	
Имя пациента печатными буквами	Отношение к подписавшему форму (например, пациент, родитель, опекун).
Подпись пациента/опекуна	Дата
_____	_____
Свидетель (сотрудник клиники)	Дата
_____	_____

Elica Health Centers (EHC) хочет сделать все возможное, чтобы защитить вашу личную медицинскую информацию. Сообщите EHC о том, как вы хотите поделиться информацией (HIPAA Authorization - Разрешение HIPAA). Эта анкета поможет нам узнать, какой информацией мы можем делиться с людьми из вашего окружения. Врачи из сферы психиатрии не сообщают/не будут сообщать пациентам об их лечении или уходе по электронной почте и/или с помощью текстовых сообщений.

Информация о пациенте			
Фамилия	Имя	Второе имя	Дата рождения:
Родитель/Опекун/Представитель #1 (если применимо):		Родитель/Опекун/Представитель #2 (если применимо):	

Сообщения: какой тип коммуникации вы предпочитаете и о чем мы можем вам сообщать			
	Тел.	СМС	Email/Portal
Все из предложенного	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сообщения о здоровье (результаты тестов, анализов)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Напоминания о визите	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Новости (о здравоохранении, новых программах)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Информация о счетах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Кто: с кем мы можем делиться/раскрывать информацию. Каждый блок - для разных людей.

Персона #1		Персона #2	
Имя:		Имя:	
Отношение:		Отношение:	
<input type="checkbox"/> Мы можем сообщить этому человеку всю вашу медицинскую информацию. <p style="text-align: center;">или</p> <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить ему записи сегодняшнего визита. <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить персоне результаты ваших тестов.		<input type="checkbox"/> Мы можем сообщить этому человеку всю вашу медицинскую информацию. <p style="text-align: center;">или</p> <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить ему записи сегодняшнего визита. <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить персоне результаты ваших тестов.	
Для офиса		Для офиса	
Effective Date:	Updated by:	Effective Date:	Updated by:
Revoke Date:	Updated by:	Revoke Date:	Updated by:
Персона #3		Персона #4	
Имя:		Имя:	
Отношение:		Отношение:	
<input type="checkbox"/> Мы можем сообщить этому человеку всю вашу медицинскую информацию. <p style="text-align: center;">или</p> <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить ему записи сегодняшнего визита. <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить персоне результаты ваших тестов.		<input type="checkbox"/> Мы можем сообщить этому человеку всю вашу медицинскую информацию. <p style="text-align: center;">или</p> <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить ему записи сегодняшнего визита. <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить персоне результаты ваших тестов.	
Для офиса		Для офиса	
Effective Date:	Updated by:	Effective Date:	Updated by:
Revoke Date:	Updated by:	Revoke Date:	Updated by:

Я хочу, чтобы НИКТО и НИ С КЕМ не делился информацией обо мне.

Подписывая эту форму, я подтверждаю получение уведомления Клиники о **правилах соблюдения конфиденциальности** и уполномочиваю медицинские центры Elica предоставлять информацию о моем здоровье перечисленным лицам, как указано выше.

Имя пациента	Отношение к подписавшему форму (например, пациент, родитель, опекун).
_____	_____
Подпись пациента/опекуна	Дата
_____	_____
Свидетель (сотрудник клиники)	Дата
_____	_____

Имя пациента:	Дата рождения
----------------------	----------------------

НАХОДИТЕСЬ ЛИ ВЫ СЕЙЧАС ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ ДРУГИХ ВРАЧЕЙ ИЛИ СПЕЦИАЛИСТОВ? (УКАЖИТЕ)

Имя врача/клиника	Специализация	Адрес	Тел.

У ВАС ЕСТЬ АЛЛЕРГИЯ НА ЧТО-НИБУДЬ ИЗ СЛЕДУЮЩЕГО?

<input type="checkbox"/> Латекс	<input type="checkbox"/> Пеницилин	<input type="checkbox"/> Препараты Sulfa	<input type="checkbox"/> Нет
---------------------------------	------------------------------------	--	------------------------------

Перечислите все свои аллергические реакции:

МЕДИКАМЕНТЫ
 (ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕ ЛЕКАРСТВА: РЕЦЕПТУРНЫЕ, БЕЗРЕЦЕПТУРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ВИТАМИНЫ И ИНГАЛЯТОРЫ, КОТОРЫЕ ВЫ ПРИНИМАЕТЕ, УКАЖИТЕ ДОЗИРОВКУ)

Лекарство	Доза	Частота

ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ПОЛУЧЕННЫЕ ПРИВИВКИ

<input type="checkbox"/> Tetanus & diphtheria (Td)	Дата прививки (примерно) ___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Tetanus, diphtheria & acellular pertussis (Tdap)	Дата прививки (примерно) ___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Pneumococcal	Дата прививки (примерно) ___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Varicella (VAR)	Дата прививки (примерно) ___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Varicella Zoster Virus (VZV)	Дата прививки (примерно) ___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Zoster Vaccine Live (ZVL)	Дата прививки (примерно) ___ / ___ / ___

Можете ли вы предоставить справки о вакцинации? ДА НЕТ

ОЦЕНКА РИСКА ТУБЕРКУЛЕЗА

Имели тесный контакт с инфекционным туберкулезом или с кем-либо, кто побывал в тюрьме??	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Иммунодефицит, текущий или возможный (ВИЧ-инфекция, проведенная трансплантация органов и т.д.).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вы родились, путешествовали, жили в стране с повышенным уровнем туберкулеза по крайней мере 1 месяц? (за пределами США, Канады, Австралии, Новой Зеландии или стран Европы)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕ СВОИ ОПЕРАЦИИ

<input type="checkbox"/> Не было операций	
Тип операции	Дата операции

ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ: ОТМЕТЬТЕ ВСЕ БОЛЕЗНИ У ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ

Болезнь/проблема	X	Члены семьи	Болезнь/проблема	X	Члены семьи
Алкогольная зависимость			Гипохолестеринемия		
Болезнь Альцгеймера			Гипертоническое расстройство		
Анемия			Иммунодефицит		
Тревожное расстройство			Заболевание почек		
Астма			Проблемы с печенью		
Синдром дефицита внимания			Психическое расстройство		
Биполярное расстройство			Сердечный приступ		
Депрессивное расстройство			Ожирение		
Сахарный диабет			Паническое расстройство		
Поражение лёгких			Шизофрения		
Заболевания нервной системы			Судороги		
Болезнь щитовидной железы			Злоупотребление наркотиками		
Головные боли			Туберкулёз		
Болезни сердца			Язва		
Попытки самоубийства			Данных нет		

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЗ СЕМЕЙНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ:

Заболевания или мед.проблемы:	Члены семьи:

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ: ОТМЕТЬТЕ ВСЁ, ЧТО ИМЕЕТ К ВАМ ОТНОШЕНИЕ

Нет истории болезни

Заболевание/проблема	X	Заболевание/проблема	X	Заболевание/проблема	X
Синдром дефицита внимания		Деменция		Проблемы мышц/суставов/костей	
ВИЧ/СПИД		Депрессия		Заболевания нервной системы	
Боли в животе		Диабет		Пересадка органов	
Рефлюксная болезнь (ГЭРД)		Диализ		Остеопороз	
Анемия		Проблемы со слухом или ушами		Полипы	
Тревожное расстройство		Желудочно-кишечные расстройства		Психиатрич./психич. состояние	
Артрит		Подагра		Припадки/ эпилепсия	
Астма		Головные боли		Проблемы с кожей	
Аутоиммунное заболевание		Болезни сердца		Инсульт	
Боль в спине		Грыжа		Проблемы с щитовидной железой	
Проблемы мочевого пузыря/почек		Высокое артериальное давление		Послеродовая депрессия	
Нарушение кровообращения		Высокий уровень холестерина		Проблемы со зрением (слепота)	
Сгустки в крови		Недержание		Проблемы с мочеиспусканием	
Заболевание крови		Язвы на ногах		Другое:	
Рак		Болезнь печени			
Застойная сердечная недостаточность		Болезнь лёгких			

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ		СТОМАТОЛОГИЯ	
Аномалии Рар-теста?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Вас направили в стоматологию?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вакцина против ВПЧ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Испытываете ли вы сейчас боль?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Заболевания, передающиеся половым путем?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Были ли у вас проблемы, связанные со стоматологическим лечением?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
В каком возрасте началась менструация:		Вы принимаете или принимали бисфосфонаты (Fosamax)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Метод контрацепции:			
Дата последней менструации:		Вы принимаете Fen-Phen?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Дата последней маммограммы:			
Дата последнего теста на рак шейки матки:		Вам назначали предварительное лечение, необходимое для лечения зубов?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если у вас менопауза, возраст начала менопаузы:			

СОЦИАЛЬНАЯ ЖИЗНЬ	
Город, штат, страна рождения:	
Место жительства (выберите одно) <input type="checkbox"/> Дом <input type="checkbox"/> Апартамент <input type="checkbox"/> Трейлер <input type="checkbox"/> Кондо <input type="checkbox"/> Другое:	Дом, в котором вы живете, построен до 1978 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
За вами ухаживают? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да – укажите имя и отношение:	Пострадали от животных? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, - от каких?
Occupation:	
Образование: <input type="checkbox"/> Меньше 8 классов <input type="checkbox"/> 8 классов <input type="checkbox"/> 9 классов <input type="checkbox"/> 10 классов <input type="checkbox"/> 11 классов <input type="checkbox"/> 12 классов <input type="checkbox"/> 2 года в колледже <input type="checkbox"/> 4 года в колледже <input type="checkbox"/> Выпускник ВУЗа	
Сколько детей проживает с вами: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9+	Вы беременны? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Пьете ли вы кофе? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> В меру <input type="checkbox"/> Много	Сколько чашек в день?
Озабочены ли вы удовлетворением основных потребностей (питание, жилье и т.д.)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вам приходилось (за прошедший год) бояться своего партнера или бывшего партнера?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> Не было партнера за прошедший год <input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать
Чувствуете ли вы себя физически и эмоционально в безопасности там, где вы сейчас живете?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать
За последний год вы провели более 2 ночей подряд в тюрьме, следственном изоляторе, исправительном учреждении?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать
Приемлемо ли переливание крови в экстренной ситуации?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если ли у вас Предварительная директива о медицинской помощи (Advance Directive)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Есть ли у вас социальные потребности, которые необходимо удовлетворить? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, то опишите, пожалуйста, ниже:	

КУРЕНИЕ	
Вы когда-нибудь курили сигареты, электронные сигареты, вейп, кальян или другие табачные изделия?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Курит ли кто-то в вашем доме?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ЗАПОЛНИТЕ РАЗДЕЛ НИЖЕ, ЕСЛИ ВЫ КОГДА-ЛИБО КУРИЛИ:	
Ваш статус курильщика сигарет? (выберите одно) <input type="checkbox"/> Бывший курильщик <input type="checkbox"/> Курю каждый день <input type="checkbox"/> Курю иногда	Статус употребления других изделий? (выберите одно) <input type="checkbox"/> Бывший <input type="checkbox"/> Употребляю snuff <input type="checkbox"/> Употребляю жевательный табак <input type="checkbox"/> Употребляю порошок (moist powdered)
Сколько примерно вы купите? <input type="checkbox"/> 1 пачка в нед. <input type="checkbox"/> 2 пачки в нед. <input type="checkbox"/> ¼ пачки в день <input type="checkbox"/> ½ пачки в день <input type="checkbox"/> 1 пач. в день <input type="checkbox"/> 1 ½ пач. в день <input type="checkbox"/> 2 пач. в день <input type="checkbox"/> 3+ пач. в день	Жевательный табак? <input type="checkbox"/> 1 в день <input type="checkbox"/> 2-4 в день <input type="checkbox"/> 5+ в день Э-сигареты/вейп? <input type="checkbox"/> Употреблял раньше <input type="checkbox"/> Употребляю сейчас
С какого возраста курите?	Сколько лет употребляете табачные изделия?

АЛКОГОЛЬ

Вы употребляете алкогольные напитки?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Сколько раз в неделю?	
Сколько дней за прошедший год вы потребляли много алкоголя (4+ женщин, 5+ мужчин)?	

НАРКОТИКИ

Вы в настоящее время употребляете марихуану или другие рекреационные наркотики?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
У вас есть опыт употребления марихуаны или других наркотиков?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вы когда-нибудь использовали иглу для инъекций наркотиков?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Как часто за последние две недели вас беспокоили следующие проблемы?	Никогда	Несколько дней	Большую часть срока	Почти постоянно
Небольшой интерес или удовлетворенность в своих делах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Чувство подавленности или безнадеги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сонное состояние, много времени в состоянии сна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Чувство усталости или недостаток энергии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Плохой аппетит или переедание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Чувство вины за себя: ощущение, что ты неудачник, подвел себя или свою семью.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Проблемы с концентрацией внимания во время чтения или просмотра телевизора.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Заторможенность, которая была заметна со стороны? Или наоборот, чрезмерная суетливость или беспокойство.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мысли о том, что лучше бы умереть или как-то навредить себе.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если вы отметили какие-нибудь проблемы, мешали ли они вам делать свою работу, заботиться о доме или общаться с людьми?	Совсем не мешали <input type="checkbox"/>	Иногда мешали <input type="checkbox"/>	Часто мешали <input type="checkbox"/>	Очень мешали <input type="checkbox"/>

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА

ДАТА