



# СВОДНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЧНОМ ЗДОРОВЬЕ

## PERSONAL HEALTH SUMMARY

ДАТА:  
DATE:

### ЛИЧНЫЕ СВЕДЕНИЯ PERSONAL INFORMATION

ИМЯ  
FIRST NAME

СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ  
MIDDLE I.

ФАМИЛИЯ  
LAST NAME

УЛИЦА И НОМЕР ДОМА  
STREET ADDRESS

ГОРОД  
CITY

ШТАТ  
STATE

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС  
ZIP CODE

ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ)  
DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY)

НОМЕР ТЕЛЕФОНА  
PHONE NUMBER

ЭЛ. ПОЧТА  
EMAIL

### КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ СВЯЗИ EMERGENCY CONTACT

ИМЯ И ФАМИЛИЯ  
NAME

КЕМ ПРИХОДИТСЯ  
RELATIONSHIP

ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА  
PRIMARY PHONE NUMBER

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА  
SECONDARY PHONE NUMBER

ЭЛ. ПОЧТА  
EMAIL

### ОСНОВНОЙ ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ PRIMARY CARE PROVIDER

НАЗВАНИЕ  
NAME

НОМЕР ТЕЛЕФОНА  
PHONE NUMBER

УЛИЦА И НОМЕР ДОМА  
STREET ADDRESS

ГОРОД  
CITY

ШТАТ  
STATE

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС  
ZIP CODE

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АПТЕКЕ PHARMACY INFORMATION

НАЗВАНИЕ АПТЕКИ  
PHARMACY NAME

НОМЕР ТЕЛЕФОНА  
PHONE NUMBER

УЛИЦА И НОМЕР ДОМА  
STREET ADDRESS

ГОРОД  
CITY

ШТАТ  
STATE

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС  
ZIP CODE

НАЗВАНИЕ АПТЕКИ  
PHARMACY NAME

НОМЕР ТЕЛЕФОНА  
PHONE NUMBER

УЛИЦА И НОМЕР ДОМА  
STREET ADDRESS

ГОРОД  
CITY

ШТАТ  
STATE

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС  
ZIP CODE

### МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ HEALTH INSURANCE

НАЗВАНИЕ ОСНОВНОГО СТРАХОВЩИКА  
PRIMARY INSURANCE NAME

ИДЕНТ. №  
ID #

КОНТР. НОМЕР ПРОЦЕССИНГА (PCN)  
PCN #

НОМЕР ГРУППЫ  
GROUP #

БАНКОВСКИЙ ИДЕНТ. НОМЕР (BIN)  
BIN #

НАЗВАНИЕ ВТОРОСТЕПЕННОГО СТРАХОВЩИКА  
SECONDARY INSURANCE NAME

ИДЕНТ. №  
ID #

КОНТР. НОМЕР ПРОЦЕССИНГА (PCN)  
PCN #

НОМЕР ГРУППЫ  
GROUP #

БАНКОВСКИЙ ИДЕНТ. НОМЕР (BIN)  
BIN #

### ПРЕПАРАТЫ, ВИТАМИНЫ, БАДЫ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ MEDICATIONS, VITAMINS, SUPPLEMENTS AND HERBALS

НАЗВАНИЕ  
NAME

ДОЗА И РЕЖИМ ПРИЕМА  
HOW MUCH AND HOW OFTEN

### АНАМНЕЗ MEDICAL HISTORY

### АЛЛЕРГИЯ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ALLERGIES TO MEDICATION

Предписан автоинъектор эпинефрина  
EpiPen is prescribed