

**Państwa dane osobowe**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_ Wzrost: \_\_\_\_\_ Waga: \_\_\_\_\_

Telefon (domowy): \_\_\_\_\_ Telefon komórkowy: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ubezpieczenie zdrowotne: \_\_\_\_\_

Nr identyfikacyjny: \_\_\_\_\_ Nr grupy: \_\_\_\_\_

Pana/Pani główny język lub sposób komunikacji: \_\_\_\_\_

**Osoby do kontaktu w nagłych wypadkach**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Relacja/Pokrewieństwo: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Relacja/Pokrewieństwo: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Relacja/Pokrewieństwo: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Relacja/Pokrewieństwo: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Szczególne instrukcje**

Specjalne instrukcje dotyczące bezpieczeństwa, plany kryzysowe lub numer telefonu gorącej linii: \_\_\_\_\_

Specjalne warunki, wyzwania związane z leczeniem, nietypowe wyniki badań lub konieczność korzystania z urządzeń medycznych lub sprzętu trwałego użytku (typ i rozmiar):

**Państwa rozpoznanie**

Rozpoznanie główne: \_\_\_\_\_

Inne diagnozy lub poważne urazy? \_\_\_\_\_

Warunki specjalne/uwagi: \_\_\_\_\_

Alergie (Należy uwzględnić alergie na leki, pokarmowe, środowiskowe, kontaktowe lub inne. Należy opisać, co się dzieje.): \_\_\_\_\_

**Państwa lekarze**

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Preferowany szpital: \_\_\_\_\_

Nazwa apteki: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Szpital specjalistyczny: \_\_\_\_\_

Inni dostawcy usług medycznych (np. specjaliści, dentyści, terapeuci itp.)

Nazwa dostawcy usług: \_\_\_\_\_

Typ: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Nazwa dostawcy usług: \_\_\_\_\_

Typ: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Nazwa dostawcy usług: \_\_\_\_\_

Typ: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Nazwa leku	Dawka	Częstotliwość przyjmowania
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Więcej informacji: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Członkowie rodziny, opiekunowie prawni lub inne osoby mogą omawiać informacje o Państwa stanie zdrowia z lekarzem.

(W przypadku osób w wieku co najmniej 18 lat należy je umieścić w formularzu HIPAA dotyczącym prywatności otrzymanym od lekarza.)

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Relacja/Pokrewieństwo: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Relacja/Pokrewieństwo: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Relacja/Pokrewieństwo: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

# H.I. Doc



Karta powinna zawsze zawierać aktualne dane.  
Aby uzyskać nową kartę, należy odwiedzić stronę internetową Departamentu stanu Nowy Jork pod adresem:  
[health.ny.gov/community/special\\_needs/#](http://health.ny.gov/community/special_needs/#)

Celem tej karty jest pomoc rodzicom dzieci niepełnosprawnych i osobom niepełnosprawnym w uporządkowaniu informacji zdrowotnych i medycznych.  
19520 (Polish)