ODSJEK ZA ZDRAVLJE I USLUGE STARIJIM OSOBAMA DRŽAVE MISSOURI
SHOW ME HEALTHY WOMEN (SMHW) / POKAŽITE MI ZDRAVE ŽENE (SMHW)

HISTORIJA PACIJENTA

(POPUNJAVA KLIJENT I PREGLEDAVA SE GODIŠNJE)

P. O. Box 570
Jefferson City, MO 65102-0570
(573) 522-2845

MJESTO ZA UPIS/SATELITSKA KLINIKA (UKOLIKO IMA)	DATUM POSJETE (MM/DD/GGGG)

A. LIČNA HISTORIJA

IME (PREZIME, IME, SREDNJE INICIJAL)	DJEVOJAČKO PREZIME

ADRESA E-POŠTE	BR. KUĆNOG TELEFONA	BR. TELEFONA NA POSLU	BR. MOBILNOG TELEFONA

ADRESA ULICE	GRAD/DRŽAVA	POŠTANSKI BROJ	OKRUG

DATUM ROĐENJA (MM/DD/GGGG)	BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA (OPCIONALNO)	KOJI JE PRIMARNI JEZIK KOJI SE GOVORI U VAŠEM DOMU?
		☐ engleski ☐ španski ☐ drugi _____

BROJ ČLANOVA DOMAĆINSTVA	OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE:	BROJ MEDICAID DCN/MEDICARE
	☐ Nijedno ☐ Mo HealthNet ☐ Medicare ☐ Privatno	

VOJNI STATUS

Da li ste vi ili član uže porodice ikada služili u Oružanim snagama SAD-a? ☐ Da ☐ Ne

Ako je odgovor da, da li biste željeli informacije o vojnim službama u državi Missouri? ☐ Da ☐ Ne

RASA: (MORA BITI ODGOVORENO, IZABERITE SVE ŠTO JE PRIMJENJIVO)

- ☐ (1) Bijela
- ☐ (2) Crna ili Afroamerička
- ☐ (3) Azijska
- ☐ (4) Domorodna rasa Havajaca ili drugih Pacifičkih ostrva
- ☐ (5) Rasa američkih Indijanaca ili Indijanaca na Aljasci
- ☐ (6) Druga_____
- ☐ (7) Nepoznato (molimo izbjegavajte korištenje)

ETNIČKA PRIPADNOST: (MORA BITI ODGOVORENO.)

Da li ste hispanskog porijekla? ☐ Da ☐ Ne

NAJVIŠI ZAVRŠEN RAZRED ŠKOLE (ZAOKRUŽITE JEDAN)
(EKVIVALENT U SAD-U AKO STE OBRAZOVANI U DRUGOJ ZEMLJI)

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16

KAKO STE SAZNALI ZA PROGRAM SHOW ME HEALTHY WOMEN/POKAŽITE MI ZDRAVE ŽENE? (MOLIMO ODABERITE SAMO JEDNO)

- ☐ (1) Od liječnika
- ☐ (2) Preko klinike/Doma zdravlja
- ☐ (3) Preko televizije
- ☐ (4) Preko radija/Podkasta
- ☐ (5) Preko štampanog oglasa/Novina
- ☐ (6) Preko bilborda/Banera
- ☐ (7) Preko autobusnog znaka
- ☐ (8) Od pružaoca zdravstvene zaštite
- ☐ (9) Na sajmu zdravlja/Relejnom događaju
- ☐ (10)Od zdravstvene koalicije/Lokalne organizacije
- ☐ (11) Od zdravstvenog radnika u zajednici/Pružaoca pomoći siromašnima
- ☐ (12) Od rođaka/Prijatelja
- ☐ (13) U Domu vjere/Crkvi
- ☐ (14) Od savjetnika za finansije/Registraciju
- ☐ (18) Preko društvenih mreža (Facebook, Instagram, Twitter, itd.)
- ☐ (16) Od voditelja /Navigatora slučaja/njege
- ☐ (17) Putem Interneta/ Pretraživanja na mreži/ Google pretraživanja
- ☐ (15) Preko druge lokacije (navesti)_____

KOJU VRSTU PREVOZA STE KORISTILI DA BISTE DOŠLI DO ZAKAZANOG PREGLEDA U KLINICI? (MOLIMO ODABERITE SAMO JEDNO)

- ☐ (1) Autobus
- ☐ (2) Kombi/Šatl
- ☐ (3) OATS autobus
- ☐ (4) Taksi
- ☐ (5) Osobno vozilo
- ☐ (6) Od rođaka/Prijatelja
- ☐ (7) SMTS
- ☐ (8) Drugo_____

DATUM POSLJEDNJEG PAPA TESTA	DATUM POSLJEDNJE MAMOGRAFIJE

DA LI SADA PUŠITE CIGARETE? ☐ Svakodnevno ☐ Ponekad ☐ Nikako ☐ Ne znam

B. Ime i brojevi telefona dvije osobe koje vas uvijek mogu KONTAKTIRATI:

IME	KUĆNI TELEFON SA POZIVNIM BROJEM	TELEFON NA POSLU
IME	KUĆNI TELEFON SA POZIVNIM BROJEM	TELEFON NA POSLU