



**Mount  
Sinai** *Selikoff Centers for  
Occupational Health*

# Pakiet powitalny





**Mount  
Sinai**

*Selikoff Centers for  
Occupational Health*

## Witamy w Ośrodkach Higieny Pracy im. Selikoffa w Mount Sinai

Szanowny Pacjencie,

Witamy w Ośrodkach Higieny Pracy im. Selikoffa w Mount Sinai. Aby zapewnić najwyższą jakość opieki podczas wizyty, potrzebujemy od Pana(i) pewnych informacji. Prosimy o dokładne wypełnienie załączonego pakietu formularzy i przyniesienie go ze sobą na pierwszą wizytę wraz z odpowiednią dokumentacją medyczną.

Pakiet składa się z następujących części:

- **Rejestracja / Informacje demograficzne**
- **Informacje o innych leczących Pan(-ią) lekarzach**
- **Informacje dotyczące Workers Compensation (odszkodowań pracowniczych)**
- **Informacje dotyczące zatrudnienia**
- **Przebyte choroby**

Pracownik socjalny z Ośrodków Higieny Pracy im. Selikoffa skontaktuje się z Panem(ą) przed pierwszą wizytą i może odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące załączonych formularzy. Jeśli w międzyczasie będzie Pan(i) mieć jakiegokolwiek pytania, prosimy skontaktować się z nami pod numerem 1.888.702.0630.

Do zobaczenia w naszym ośrodku klinicznym.

Z poważaniem,

Ośrodki Higieny Pracy im. Selikoffa w Mount Sinai



### Informacje demograficzne

INFORMACJE O PACJENCIE			
Dzisiejsza data:		Data wizyty:	
Nazwisko:	Imię:	Drugie imię:	
Ulica / Skrzynka pocztowa:		Miejscowość:	Stan:
Hrabstwo: (County)		Kod pocztowy:	Kraj urodzenia:
Adres E-mail:			
Telefon komórkowy: ( )	Telefon domowy: ( )	Telefon do pracy: ( )	Wew.:
Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolny <input type="checkbox"/> żonaty <input type="checkbox"/> rozwiedziony <input type="checkbox"/> w separacji <input type="checkbox"/> wdowiec		Data urodzenia: / /	Płeć: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Rasa / Pochodzenie: <input type="checkbox"/> azjatycka <input type="checkbox"/> afroamerykańska <input type="checkbox"/> latynoska <input type="checkbox"/> rdzenny mieszkaniec Ameryki <input type="checkbox"/> biała			

W RAZIE NAGLEGO WYPADKU		
W razie nagłego wypadku proszę powiadomić :		Stopień pokrewieństwa:
<input type="checkbox"/> Zaznaczyć, jeśli adres jest <i>taki sam</i> jak w informacji o pacjencie		
Adres:	Miasto, Stan:	Kod pocztowy:
Telefon domowy: ( )	Telefon do pracy / komórka: ( )	

SKIEROWANIE	
Proszę nam powiedzieć z jakiego źródła informacji dowiedział się Pan(i) o Ośrodkach Higieny Pracy im. Selikoffa	
Źródło informacji (Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi):	
<input type="checkbox"/> Broszura <input type="checkbox"/> Pracodawca <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Lekarz/ klinika <input type="checkbox"/> NYCOSH <input type="checkbox"/> Rodzina/ przyjaciel/ współpracownik <input type="checkbox"/> Prawnik <input type="checkbox"/> ja sam(a)	
<input type="checkbox"/> Grupa Społecznościowa <input type="checkbox"/> Agencja rządowa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Duchowieństwo <input type="checkbox"/> 800-MD-SINAI <input type="checkbox"/> Strona internetowa Mount Sinai <input type="checkbox"/> Ubezpieczenie	
<input type="checkbox"/> Inne: _____	
<input type="checkbox"/> Związek zawodowy / Nazwa i numer lokalny związku : _____	
<input type="checkbox"/> Zaznaczyć, jeśli chodzi o <i>drugą opinię</i>	
Nazwa źródła informacji / Nazwisko osoby kierującej:	
E-mail:	
Adres:	
Telefon: ( )	Nr faksu: ( )

### Informacje dotyczące Pana(i) lekarzy

#### INNI LECZĄCY PANA(A) LEKARZE

Prosimy o podanie informacji o lekarzach, u których się Pan(i) leczy poza Ośrodkami Higieny Pracy im. Selikoffa

#### **Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej:**

Adres:	Telefon: ( )
--------	-----------------

Faks: ( )	Leczone choroby:
--------------	------------------

#### **Lekarz specjalista:**

<b>Nazwisko lekarza:</b>	Specjalizacja / Leczone choroby:	Adres:
--------------------------	----------------------------------	--------

Telefon: ( )	Faks: ( )
--------------	-----------

<b>Nazwisko lekarza:</b>	Specjalizacja / Leczone choroby:	Adres:
--------------------------	----------------------------------	--------

Telefon: ( )	Faks: ( )
--------------	-----------

<b>Nazwisko lekarza:</b>	Specjalizacja / Leczone choroby:	Adres:
--------------------------	----------------------------------	--------

Telefon: ( )	Faks: ( )
--------------	-----------

<b>Nazwisko lekarza:</b>	Specjalizacja / Leczone choroby:	Adres:
--------------------------	----------------------------------	--------

Telefon: ( )	Faks: ( )
--------------	-----------

<b>Nazwisko lekarza:</b>	Specjalizacja / Leczone choroby:	Adres:
--------------------------	----------------------------------	--------

Telefon: ( )	Faks: ( )
--------------	-----------

#### INFORMACJE O PANA(I) APTECE

**Nazwa apteki:**

<b>Adres apteki:</b>	<b>Miasto, Stan:</b>	<b>Kod pocztowy:</b>
----------------------	----------------------	----------------------

<b>Telefon apteki : ( )</b>	<b>Nr faksu apteki: ( )</b>
-----------------------------	-----------------------------

Powyższe informacje są prawdziwe zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem.

<b>Podpis pacjenta / opiekuna prawnego:</b>	<b>Data:</b>
---------------------------------------------	--------------

### Informacje dotyczące Workers Compensation

Nazwisko pacjenta:

Imię pacjenta:

Data urodzenia pacjenta:

#### Informacje dotyczące Workers Compensation

Poniżej prosimy o podanie - w miarę swoich możliwości - potrzebnych w czasie wizyty informacji. Jeśli jest to nowa sprawa, może Pan(i) jeszcze nie mieć wszystkich informacji. Prosimy podać możliwie jak najwięcej informacji. Informacje na temat firmy ubezpieczeniowej Workers Compensation pracodawcy można uzyskać w dziale kadr pracodawcy.

#### Informacje o pacjencie (A.)

Numer sprawy firmy ubezpieczeniowej pracodawcy w procesie Workers Compensation :	Numer sprawy Workers Compensation (jeśli jest znany):	Data wypadku/ Wystąpienia choroby:  / /	
----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	--

Na jakim stanowisku był Pan(i) zatrudniony w dniu wypadku/ wystąpienia choroby :

Co należało do Pana(i) rutynowych obowiązków w dniu wypadku/ wystąpienia choroby:

#### Informacje o pracodawcy (B.)

Pracodawca, w momencie, kiedy doszło do wypadku:

Nr telefonu  
pracodawcy:

Adres pracodawcy :

Miejscowość:

Stan:

Kod pocztowy:

Telefon:

#### Informacja o firmie ubezpieczeniowej pracodawcy w procesie Workers Compensation:

Firma ubezpieczeniowa pracodawcy:

Kod firmy ubezpieczeniowej:  
W

Adres firmy ubezpieczeniowej :

## Historia zatrudnienia

Nazwisko pacjenta:	Imię pacjenta:	Data urodzenia pacjenta:
--------------------	----------------	--------------------------

### INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA

Nazwa Pracodawcy:

Adres pracodawcy:

Miejscowość:

Stan:

Kod pocztowy:

Telefon:

Czy obecnie Pan(i) pracuje?  Tak  Nie Jeśli nie, proszę wybrać jedną z poniższych opcji :

Renta inwalidzka

Emerytura

Bezrobotny / zwolniony z pracy

Czy pracuje/ pracował Pan(i) w Stanie Nowy Jork?  Tak  Nie

Czy należy Pan(i) do związku zawodowego?  Tak  Nie

Jeśli tak, to jaka jest nazwa i numer lokalny Pana(i) związku?

**Prosimy wpisać swoje OBECNE (lub OSTATNIE, jeśli teraz Pan(i) nie pracuje) stanowisko pracy.  
Prosimy szczegółowo opisać:**

**Aktualna (lub ostatnia) branża: (zaznaczyć jedną pozycję na liście)**

Sztuka i Rekreacja

Produkcja

(podać wytwarzany produkt: \_\_\_\_\_)

Komunikacja - telefon, radio, itp.

(podać rodzaj: \_\_\_\_\_)

Media, gazety, czasopisma, telewizja, itp.

(podać: \_\_\_\_\_)

Branża budowlana:

Mosty, tunele, ulice, infrastruktura techniczna, itp.

budynki - mieszkalne, magazynowe, przemysłowe

Branża rzemieślnicza - usługi hydrauliczne, elektryczne, stolarskie, itp.

inne (określić: \_\_\_\_\_)

Przynależność do organizacji, związki zawodowe, religijne / polityczne, itp.

Szkolnictwo:

szkoły podstawowe, średnie

szkoły wyższe, uniwersytety, wyższe szkoły zawodowe

biblioteki

Usługi osobiste oraz prywatne usługi domowe

Inżynieria

Policja i organy egzekwowania prawa

Usługi w zakresie ochrony środowiska

Sprzedaż detaliczna

(proszę określić produkt / usługi \_\_\_\_\_)

Branża finansowa

Bezpieczeństwo i ochrona - straż pożarna, usługi ochroniarskie, itp.

Administracja państwowa

(podać rodzaj agencji: \_\_\_\_\_)

usługi socjalne - doradztwo społeczne, rodzina, dziecko, itp.

Służba zdrowia - szpitale, przychodnie, laboratoria, itp.

Transport

(proszę określić - transport powietrzny, autobusowy, kolej, transport wodny, etc. \_\_\_\_\_)

Służba zdrowia - inne

(proszę określić: \_\_\_\_\_)

Handel hurtowy

Usługi prawnicze - adwokaci, sądy, itp.

Inne

(Podać: \_\_\_\_\_)

Nazwisko pacjenta:	Imię pacjenta:	Data urodzenia pacjenta:
--------------------	----------------	--------------------------

**Prosimy wpisać Pana(i) WCZEŚNIEJSZE stanowisko pracy lub funkcję, jeśli jest to związane z aktualnym stanem zdrowia. Prosimy podać jak najwięcej szczegółów:**

\_\_\_\_\_

**Obecna (lub ostatnia) branża: (Zaznaczyć jedną pozycję na liście)**

<input type="checkbox"/> Sztuka i Rekreacja	<input type="checkbox"/> Produkcja (Prosimy podać wytwarzany produkt: _____)
<input type="checkbox"/> Komunikacja - telefon, radio, itp. (podać rodzaj: _____)	<input type="checkbox"/> Media, gazety, czasopisma, telewizja, itp. (Proszę określić: _____)
<input type="checkbox"/> Branża budowlana: <input type="checkbox"/> Mosty, tunele, ulice, infrastruktura techniczna, itp. <input type="checkbox"/> budynki - mieszkalne, magazynowe, przemysłowe <input type="checkbox"/> Branża rzemieślnicza - usługi hydrauliczne, elektryczne, stolarskie, itp. <input type="checkbox"/> inne (określić: _____)	<input type="checkbox"/> Przynależność do organizacji - związki zawodowe, religijne / polityczne, itp.
<input type="checkbox"/> Szkolnictwo: <input type="checkbox"/> szkoły podstawowe, szkoły średnie <input type="checkbox"/> szkoły wyższe, uniwersytety, wyższe szkoły zawodowe <input type="checkbox"/> biblioteki	<input type="checkbox"/> Usługi osobiste oraz prywatne usługi domowe
<input type="checkbox"/> Inżynieria	<input type="checkbox"/> Policja i organy egzekwowania prawa
<input type="checkbox"/> Usługi w zakresie ochrony środowiska	<input type="checkbox"/> Sprzedaż detaliczna (Proszę określić produkt / usługi _____)
<input type="checkbox"/> Branża finansowa	<input type="checkbox"/> Bezpieczeństwo i ochrona - straż pożarna, usługi ochroniarskie, itp.
Administracja państwowa <input type="checkbox"/> (Podać rodzaj agencji: _____)	<input type="checkbox"/> Usługi socjalne - doradztwo społeczne, rodzina, dziecko, itp.
<input type="checkbox"/> Służba zdrowia - szpitale, przychodnie, laboratoria, itp.	<input type="checkbox"/> Transport (Podać- transport powietrzny, autobusowy, kolej, transport wodny, etc. _____)
<input type="checkbox"/> Służba zdrowia - inne (proszę określić: _____)	<input type="checkbox"/> Sprzedaż hurtowa
<input type="checkbox"/> Usługi prawnicze - adwokaci, sądy, itp.	<input type="checkbox"/> Inne (Proszę określić: _____)

Nazwisko pacjenta :	Imię pacjenta:	Data urodzenia pacjenta:
---------------------	----------------	--------------------------

**Proszę wypełnić poniższą tabelę podając swoją historię zatrudnienia:**

W poniższej tabeli proszę wpisać wszystkie swoje poprzednie miejsca pracy, rozpoczynając od bieżącego/ ostatniego miejsca pracy. Włączając w to prace krótkoterminowe, sezonowe i zatrudnienie w niepełnym wymiarze godzin.

**Informacja ta ma istotne znaczenie w procesie ewaluacji.**

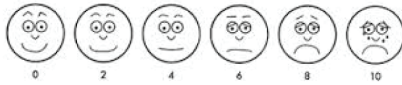
<u>Nazwa pracodawcy</u>	<u>Data rozpoczęcia pracy</u>	<u>Ostatni dzień pracy</u>	<u>W pełnym lub niepełnym wymiarze godzin</u>	<u>Narażenie na szkodliwe czynniki</u>	<u>Jaki sprzęt ochronny był używany w tej pracy?</u>	<u>Czy nie był Pan(i) w stanie pracować z powodu problemu zdrowotnego lub obrażenia odniesionego w tej pracy?</u>



## Przebyte choroby

### KWESTIONARIUSZ HISTORII ZDROWIA PACJENTA

<b>Nazwisko pacjenta:</b>	<b>Imię:</b>	<b>Data urodzenia:</b>
<b>Jaki jest powód tej wizyty?</b>		

<p><b>Skala bólu</b>          Proszę określić odczuwany ból w skali od 1-10          1 - Całkowity brak bólu / Ból na najniższym poziomie          10 - Najwyższy poziom bólu</p>		<p><b>(Proszę zaznaczyć ✓ odpowiedni poziom)</b></p>
<p><b>Szczepienia:</b>  <i>Pneumovax</i> (szczepionka przeciwko zapaleniu płuc )          Grypa („Sezonowa szczepionka przeciwko grypie”)</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>Data szczepienia:          Data:</p>

<b>Przebyte choroby:</b>		
Ogólne samopoczucie (zmiana wagi, zmęczenie, gorączka, utrata apetytu)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	(Proszę zaznaczyć)
Choroba serca (zawał serca, zastoinowa niewydolność serca, dusznica bolesna, nieregularne bicie serca / arytmia)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	(Proszę zaznaczyć)
Wysokie lub niskie ciśnienie tętnicze krwi	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	(Proszę zaznaczyć)
Ból gardła, problemy z zatokami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	(Proszę zaznaczyć)
Choroba płuc, w tym astma, rozedma płuc lub zadyszka	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	(Proszę zaznaczyć)
Problemy żołądkowo-jelitowe (w tym owrzodzenia, zapalenie uchyłka, kurczliwość jelita grubego, krwawienie z odbytnicy)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	(Proszę zaznaczyć)
Choroba wątroby	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	(Proszę zaznaczyć)
Choroba nerek lub pęcherza moczowego	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	(Proszę zaznaczyć)
Choroby skóry (w tym pokrzywka, wysypka, obrzęk)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	(Proszę zaznaczyć)
Zaburzenia neurologiczne (np. napady drgawkowe, częste bóle głowy, zawroty głowy, omdlenia)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	(Proszę zaznaczyć)
Zaburzenia psychologiczne / psychiczne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	(Proszę zaznaczyć)
Zaburzenia krwi (w tym problemy z krwawieniem, krzepnięciem i łatwe powstawanie siniaków)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	(Proszę zaznaczyć)
Cukrzyca lub niski poziom cukru we krwi	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	(Proszę zaznaczyć)
Choroba tarczycy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	(Proszę zaznaczyć)
Zapalenie stawów, zaburzenia mięśniowo-szkieletowe (w tym złamania)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	(Proszę zaznaczyć)
Zaburzenia układu immunologicznego (w tym toczeń, HIV, AIDS)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	(Proszę zaznaczyć)
Choroby nowotworowej (rak)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	(Proszę określić)
Inne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	(Proszę zaznaczyć)

<p><b>Przebyte zabiegi chirurgiczne</b>          Czy kiedykolwiek miał Pan(i) jakikolwiek rodzaj operacji (np. serca, jamy brzusznej, ortopedyczną, jamy ustnej, oczu, przeszczep)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p style="color: red;">(Proszę określić)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

<p><b><u>Alergia</u></b> Czy kiedykolwiek miał Pan(i) <b>ostrą</b> reakcję alergiczną (np. na użądlenia pszczoł, jedzenie {np. mleko, orzechy})?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>Na co? _____</p> <p>Jaki rodzaj reakcji? _____</p>
<p>Czy kiedykolwiek miał Pan(i) alergiczną reakcję na <b>jakiegokolwiek</b> lekarstwa (antybiotyki, kodeinę, itp.)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>Na jakie lekarstwa? _____</p> <p>Jaki rodzaj reakcji? _____</p>
<p><b><u>Lekarstwa</u></b> Proszę podać nazwy wszystkich, <b>obecnie przyjmowanych</b> lekarstw. Dawka / jak często?</p>	<p>Nazwa lekarstwa: /Dawka: _____/</p> <p>_____/</p> <p>_____/</p> <p>_____/</p> <p>_____/</p> <p>_____/</p> <p>_____/</p> <p>_____/</p> <p>_____/</p>	<p>Częstotliwość: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p><b><u>Rodzina:</u></b></p>		
<p>Czy istnieją jakiegokolwiek choroby <b>związane z Pana(i) sprawą w Workers Compensation</b>, na które choruje wiele osób rodzinie?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>Krewny(a): _____</p> <p>Choroba: _____</p>

<p><b><u>Korzystanie z używek:</u></b></p>		
<p><b>Czy kiedykolwiek Pan(i) palił?</b> Jeśli <b>TAK</b>, ile Pan(i) pali/ palił?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>Czy rzucił Pan(i) palenie? Jeśli tak, to kiedy? Data: _____ Czy obecnie Pan(i) pali? Ile paczek dziennie? _____</p>
<p><b>Czy pije Pan(i) alkohol?</b> Jeśli <b>TAK</b>, jak dużo Pan(i) pije/ pił?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>Ile kieliszków dziennie? _____</p>
<p><b>Czy kiedykolwiek używał Pan(i) narkotyków?</b> Jeśli <b>TAK</b>, jak dużo Pan(i) używał / używa?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>Proszę wyjaśnić:</p>
<p><b><u>Jaki jest poziom Pana(i) wykształcenia? _</u></b></p>		
<p><input type="checkbox"/> 8 klas lub mniej, proszę podać ilość ukończonych klas _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Cztery lata szkoły wyższej, nieukończona, ilość zaliczonych lat _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> Część szkoły średniej, ilość ukończonych lat _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Absolwent 4-letniej szkoły wyższej</p>	
<p><input type="checkbox"/> Ukończona szkoła średnia</p>	<p><input type="checkbox"/> Uczęszczałem(am) na studia na poziomie akademickim, ilość zaliczonych lat _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> Dwuletnia szkoła pomaturalna</p>	<p><input type="checkbox"/> Absolwent studiów na poziomie akademickim</p>	

<p><b>Imię i nazwisko pacjenta:</b></p>	<p><b>Podpis pacjenta:</b></p>	<p><b>Data:</b></p>
<p><b>Nazwisko lekarza :</b></p>	<p><b>Podpis lekarza:</b></p>	<p><b>Data:</b></p>