



10670 NE Cornell Rd, Ste 201 and 300
Hillsboro, OR 97124
Т.: 503.216.9300
Ф.: 503.216.9339
www.providence.org/oregon

Добро пожаловать в клинику семейной и спортивной медицины Providence Medical Group Tanasbourne.

Спасибо, что выбрали нас для заботы о вашем здоровье. Для вашего удобства, а также чтобы помочь вам ознакомиться с нашими клиниками, мы предоставляем вам этот информационный пакет, включающий регистрационные материалы.

В клинике семейной и спортивной медицины Providence Medical Group Tanasbourne мы выступаем за стратегию медицинской помощи, ориентированной на пациента. В нашей клинике работают четыре команды медицинской помощи, состоящие из врачей-терапевтов, помощников врача-терапевта, медсестер, координаторов клинического ухода, помощников врачей и представителей по работе с пациентами. В команды наших клиник также входят координатор медицинских услуг, клинический фармацевт, психолог и диабетолог.

Команды нашей клиники и варианты вызовов по локальной сети

Телефон: (503) 216-9300

Команда Redwood-Suite 300

Sreedevi Pitta, MD
Sherry Taeidi, DO
Heather Davidson, PA-C

Вариант вызова 1

Команда Juniper-Suite 300

Jason Baker, MD
Michelle Hall, MD
Laura Hartlieb, PA-C

Вариант вызова 2

Команда Aspen-Suite 300

Hyrum Durtschi, DO
Hina Khan, MD
Lynn Vanthom, PA-C

Вариант вызова 3

Команда Spruce-Suite 201

Traci Ackron, DO
Darius Graeff, DO
Jennifer Mings, PA-C

Вариант вызова 4

Семейная и спортивная медицина

Наши врачи семейной медицины входят в интегрированную сеть лиц, осуществляющих уход за больными, и специалистов, что позволяет заботиться о пациентах всех возрастов от рождения до конца жизни.

Если что-то и объединяет спорт и медицину, так это желание улучшить ваше самочувствие. Неважно, начинаете ли вы заниматься спортом, участвуете в соревнованиях крупного масштаба или стремитесь поддерживать активный образ жизни, наши специалисты по спортивной медицине готовы помочь вам. Вот некоторые из услуг, предоставляемых в нашей клинике спортивной медицины: медосмотры спортсменов, лечение сотрясений мозга, ультразвуковые исследования, инъекции для снятия боли и воспаления, лечение спортивных травм, безоперационное лечение переломов и остеопатические манипуляции.

Часы работы, а также обслуживание вне рабочих часов

Наш офис открыт с 7:00 до 17:00, звонки принимаются с 7:30 до 17:00 с понедельника по пятницу. В Providence Medical Group Tanasbourne есть консультанты по вызову для экстренных случаев, возникающих вне рабочих часов и не терпящих отлагательств. Чтобы связаться с консультантом по вызову, позвоните в наш офис по телефону 503-216-9300. Вы получите консультацию фельдшера, находящегося на месте вне рабочих часов. Он установит порядок оказания медицинской помощи и, если потребуется, свяжется с консультантом по вызову.

Пожалуйста, обращайтесь непосредственно в свою аптеку для пополнения запасов лекарств, и в случае необходимости работники аптеки свяжутся с нами. На обработку запроса на пополнение запасов лекарств уйдет до 72 часов.

Лабораторное обслуживание

В Providence есть центр амбулаторного лабораторного обслуживания на первом этаже нашего здания. В настоящее время часы работы лаборатории - с понедельника по пятницу с 7:30 до 15:30. В настоящее время лаборатория не работает по субботам и воскресеньям. Свяжитесь с лабораторной службой по телефону 503-215-6660, если у вас есть вопросы о времени ее работы.

Аптека

Credena Health Pharmacy находится на первом этаже. Аптека открыта с понедельника по субботу с 8:00 до 18:00. По воскресеньям она закрыта.
Номер телефона: 503-216-9020

Клиника экстренной медицинской помощи

Клиника экстренной медицинской помощи открыта ежедневно с 7:00 до 18:45.

На День благодарения и Рождество клиника закрыта. На остальные праздники часы работы могут меняться.

Клиника находится на первом этаже. Ведется прием без предварительной записи.

Лаборатория и рентген на территории клиники. Штатный педиатр. Номер телефона: 503-216-9360

Вопросы и опасения

Свяжитесь непосредственно с работниками клиники, если у вас есть вопросы или опасения. Наша команда поможет вам. Номер телефона клиники: 503-216-9300

Как добраться до клиники

На запад по Highway 26: Съезд 64 с US-26 W. Поверните налево на NW 185th Ave.

Двигайтесь по средней полосе NW 185th Ave до пересечения с NW Cornell Rd.

Поверните направо на NE Eider St. Припарковаться можно на любой из трех стоянок вокруг здания. Мы находимся в здании B. 10670 NE Cornell Rd. Suite 201 или 300.

На восток по Highway 26: Съезд 64 с US-26 E. Поверните направо на NW 185th Ave.

Двигайтесь по средней полосе NW 185th Ave до пересечения с NW Cornell Rd.

Поверните направо на NE Eider St. Припарковаться можно на любой из трех стоянок вокруг здания. Мы находимся в здании B. 10670 NE Cornell Rd. Suite 201 или 300.

Важные замечания: Администрация города Hillsboro изменила наш адрес в 2019 году. Убедитесь, что концом вашего маршрута будет главный перекресток NW Cornell Rd. and NW 185th Ave.

Автобусная остановка: Автобусная остановка TriMet расположена на пересечении улиц Cornell Rd. и 185th Ave. Здесь останавливаются автобусы 48 и 52 маршрутов.

Доступно устройство видеоперевода

Мы предлагаем нашим пациентам и медицинским работникам услуги удаленного перевода видео- и аудиозвонков на многие языки.

Формы для новых пациентов

Уделите несколько минут заполнению прилагаемой формы по сбору анамнеза. Если у вас нет возможности распечатать форму дома, воспользуйтесь копиями, которые можно взять в клинике. Придите на 10-15 минут раньше, чтобы успеть оформить документы.

Еще раз спасибо за то, что выбрали Providence Medical Group Tanasbourne. С нетерпением ожидаем встречи с вами.

С уважением,

Ваша команда Providence Medical Group Tanasbourne

Имя:	Дата рождения:	Сегодняшняя дата:	Предпочтительное имя и местоимение (если отличается):
------	----------------	-------------------	---

Добро пожаловать в Providence Medical Group Tanasbourne

Какой **наиболее важный** вопрос вы желаете рассмотреть в ходе сегодняшнего приема?

Если у нас будет время сегодня или на следующем приеме, какие еще проблемы вас беспокоят?

- 1) _____
2) _____

Нужно ли вам сегодня пополнить **запас лекарственных препаратов, получить направления, заполненные формы или письмо для работы?**

- Нет**
 Да, Если вы выбрали «да», поговорите об этих потребностях с помощником врача и поставщиком медицинских услуг во время вашего приема.

Текущие лекарства и лекарственная аллергия:

Наш помощник врача-терапевта рассмотрит это вместе с вами. Не забудьте упомянуть обо всех рецептах и безрецептурных лекарственных средствах, которые вы, возможно, принимаете.

Перенесенные операции:

Были ли у вас какие-либо из этих операций или процедур?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Аппендэктомия | <input type="checkbox"/> Кесарево сечение | <input type="checkbox"/> Операция на тонкой кишке |
| <input type="checkbox"/> Операция на головном мозге | <input type="checkbox"/> Офтальмологическая операция | <input type="checkbox"/> Операция на позвоночнике |
| <input type="checkbox"/> Операция на молочной железе | <input type="checkbox"/> Операция при переломе | <input type="checkbox"/> Тонзиллэктомия |
| <input type="checkbox"/> Операция на толстой кишке | <input type="checkbox"/> Пластика грыжи | <input type="checkbox"/> Перевязка маточных труб |
| <input type="checkbox"/> Аорто-коронарное шунтирование (АКШ)/ или стентирование | <input type="checkbox"/> Гистерэктомия | <input type="checkbox"/> Протезирование клапана |
| <input type="checkbox"/> Удаление желчного пузыря | <input type="checkbox"/> Замена сустава | <input type="checkbox"/> Вазэктомия |
| <input type="checkbox"/> Косметическая хирургия | <input type="checkbox"/> Простатэктомия | <input type="checkbox"/> Другое _____ |

Анамнез половой жизни:

Мой пол

- Женщина
 Мужчина
 Трансгендерная женщина / M2F
 Трансгендерный мужчина / F2M
 Транссексуал
 Другое
 Выбрать не раскрывать

Мой пол при рождении

- Женщина
 Мужчина
 Другое
 Выбрать не раскрывать

Вы сексуально активны? Да Раньше Никогда

Если когда-либо были сексуально активны, вашими сексуальными партнерами были:

- Мужчина Женщина Оба Другое

Анамнез пациента и семейный анамнез:

Были ли у вас (пациента) или биологического члена семьи какие-либо из следующих заболеваний? (Отметьте соответствующее поле)

	Пациент	Член семьи	Кем он Вам приходится
Атипичный мазок Папаниколау	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Злоупотребление алкоголем/наркотиками	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Анемия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Тревожное расстройство	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Артрит	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Астма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Проблемы со свертывающей системой крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Переливание крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Проблема с молочной железой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Онкология (указать вид) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ХОБЛ/ эмфизема	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Депрессия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Диабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Сенная лихорадка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Изжога	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Сердечный приступ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Заболевания сердца (указать вид) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Гепатит	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Повышенное артериальное давление	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Повышенный уровень холестерина	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ВИЧ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Заболевания почек	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Психическое заболевание (указать вид) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Мигренозные головные боли	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Остеопороз (остеопсатироз)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Проблема, связанная с беременностью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Судороги/эпилепсия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Заболевания, передаваемые половым путём	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Апноэ во сне	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Инсульт/преходящее ишемическое нарушение мозгового кровообращения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Язва желудка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Заболевание щитовидной железы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Другое (уточните):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____