

PATIENT PORTAL

You've successfully been logged out!

Please Log In

Use the form below to sign in to the patient portal to begin managing your records. If you have not logged in before, please click [here](#).

Username

Password

LOG IN!

* I forgot my password

* I forgot my username

* [I'm a registered patient. Create my Patient Portal account!](#)

* [I'm a new patient. Take me to the registration page](#)

[Online help](#)

jestem zarejestrowanym pacjentem.
Utwórz konto w Portalu



jestem nowym pacjentem.
Przejdź do strony rejestracji



Go to...

-  Home
-  My Account Details
-  Secure Messages
-  Request Appointment
-  Invoices & Payment
-  Questionnaires
-  Labs & Documents
-  My Vitals
-  My Medications
-  My Supplements

PATIENT PORTAL

Rejestracja w Evergreen Center

Witamy na stronie rejestracji Evergreen Center.

Aby zarejestrować się jako nowy pacjent, wprowadź swoje dane w poniższych polach. Nie używaj tego formularza,

jeśli jesteś już pacjentem (w przeszłości widziałeś któregośkolwiek z naszych lekarzy). Aby skonfigurować dostęp do portalu pacjenta lub zmienić swoje dane, skontaktuj się z nami. [Go to...](#)

Register with The Evergreen Center

Welcome to the The Evergreen Center registration page. To register as a new patient, please enter your information in the fields below. **Please do not use this form if you are already a patient (you have seen any of our practitioners in the past).** To set up patient portal access or amend your information, please contact us.

If you are already a registered patient with online access, you can log in [here](#)

Jeśli jesteś już zarejestrowanym pacjentem z dostępem online, możesz zalogować się [tutaj](#)

dane podstawowe

Basic Contact Information

First Name *	Middle Name (or initial)	Last Name *
<input type="text" value="imię"/>	<input type="text" value="drugie imię"/>	<input type="text" value="nazwisko"/>
Date of Birth *	Social Security Number	Nickname/Preferred Name
<input type="text" value="data ur."/>	<input type="text" value="-"/>	<input type="text" value="nickname / pseudonim"/>
Sex *	pleć M- męska F-żeńska	
<input type="text" value="- Select Sex -"/>		

Your Address adres







Address 1 *		
<input type="text" value="ulica, numer domu, mieszkania"/>		
Address 2		
<input type="text"/>		
City *	State/Province *	Zip Code *
<input type="text" value="miasto"/>	<input type="text" value="kraj"/>	<input type="text" value="kod pocztowy"/>

dane kontaktowe

Contact Information

Mobile Phone Number	Home Phone Number	Work Phone Number
<input type="text" value="numer komórki"/>	<input type="text" value="numer domowy"/>	<input type="text" value="numer do pracy"/>
Preferred Contact Number	Email Address (Primary) *	Secondary Email Address
<input type="text" value="Mobile Phone"/>	<input type="text" value="główny adres email"/>	<input type="text" value="drugi adres email"/>

numer preferowany

-  Home
-  My Account Details
-  Secure Messages
-  Request Appointment
-  Invoices & Payment
-  Questionnaires
-  Labs & Documents
-  My Vitals
-  My Medications
-  My Supplements
-  My Pharmacies
-  My Visit Summaries
-  Videos
-  Log Out

For Minor Patients dla małych pacjentów

Mother's First Name

imię matki

Mother's Middle Initial

drugie imię /lub pierwsza litera imienia

Mother's Last Name

nazwisko

Mother's Address 1

adres matki, ulica, dom, mieszkanie

Mother's Address 2

miasto, kod, kraj

Mother's Phone Number

nr tel matki

Name of Mother's Spouse

nr tel małżonka

Mother's DOB

data ur. matki

Father's First Name

imię ojca

Father's Middle Initial

drugie imię/pierwsza litera

Father's Last Name

nazwisko

Father's Address 1

adres ojca, ulica, dom, mieszkanie

Father's Address 2

miasto, kod , kraj

Father's Phone Number

nr tel

Name of Father's Spouse

nr tel małżonki

Father's DOB

data ur. ojca

w razie nagłego kontaktu

Emergency Contact

First Name *

imię

Middle Name

drugie imię

Last Name *

nazwisko

Relationship to Patient

pokrewieństwo

Email Address

adres e-mail

Phone Number *

nr telef

Insurance Information dane ubezpieczenia

Plan Name

nie dotyczy pacjentów z Polski

Group Number

Member ID

Insurance Type

PPO, HMO, etc

Policy Holder Date of Birth

mm/dd/yyyy

info medyczne

Medical Information

Please enter your basic medical information below. You may also add or edit this information after you've signed up. **Podaj poniżej swoje podstawowe informacje medyczne. Możesz także dodać lub edytować te informacje po zarejestrowaniu się.**

Height (in INCHES)

wzrost w calach

Weight (in POUNDS)

waga w funtach

Personal Medical History (please also include surgeries and hospitalizations)

historia choroby, zabiegi, operacje, pobyty w szpitalu

Relevant Family Medical History (indicate which family member if applicable)

Set Username and Password for Patient Portal **ustawienie nazwy i hasła do portalu**

Please create a username and password that you will use to log into the patient portal in the future.

Utwórz nazwę użytkownika i hasło, które będą używane do logowania się do portalu pacjentów w przyszłości. **Your username must be at least 4 characters long nazwa użytkownika musi mieć min. 4 litery**

Username *

użytkownik

Your password must be at least 8 characters long and include at least one number or special character. **Twoje hasło musi mieć co najmniej 8 znaków i zawierać co najmniej jeden numer lub znak specjalny.**

Password *

• hasło •••••

Confirm Password *

potwierdź hasło

Portal pacjenta zapewnia dostęp do dokumentacji medycznej i umożliwia bezpieczną komunikację z lekarzami. The patient portal gives you access to your medical records and lets you securely communicate with your doctors. **Po zarejestrowaniu otrzymasz wiadomość e-mail z instrukcjami dotyczącymi logowania.**

„Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji medycznych na mój adres e-mail (nie możemy zagwarantować

"I consent to having medical information sent to my email address (we cannot guarantee the security of **bezpieczeństwa wiadomości dostarczanych pocztą elektroniczną).**"

„Przeczytałem i akceptuję warunki polityki prywatności poniżej.” *

"I have read and accept the terms of the privacy policy below:" *

Your Rights

Your Choices

Our Uses and
Disclosures

Our Responsibilities

The Notice explains how we fulfill our commitment to respect the privacy and confidentiality of your protected health information. This Notice tells you about the ways we may use and share your protected health information, as well as the legal obligations we have regarding your protected health information. The Notice also tells you about your rights under federal and state laws. The Notice applies to all records held by The Evergreen Center's facilities and programs, regardless of whether the record is written, computerized or in any other form. We are required by law to make sure that information that identifies you is kept private and to make this Notice available to you.

"I have read and accept the terms of the patient agreement below:"*

Dr. Green graduated from the University of Idaho in 1970 with degrees in psychology, Spanish and chemistry. He graduated from the University of Utah Medical School in 1974 and completed a rotating internship at the University of New Mexico in 1975. From 1975 to 1980 he was Medical Director of Emergency Services in Tulare District Hospital, Tulare, California, with a concurrent part-time general practice in preventive medicine, environmental medicine and allergies, and the nutritional emotional and belief system factors in chronic illness. Since 1980, he has continued in environmental and holistic medicine. In 1999, he began serious work with autistic children and in 2000 committed to full-time work with Autistic Spectrum Disorders. He believes that the collaborative holistic approach is the most effective way to solve chronic health problems, and is committed to doing everything possible to help solve yours.

Sign with mouse or finger:

Clear Signature

+ SIGN ME UP!