

# راجستر مريض (ثبت نام مريض)

## PATIENT REGISTRATION (DARI)

Today's Date ( تاریخ امروز (ماه/روز/سال )	Preferred Name (نام دلخواه)		
First Name اسم	Last Name تخلص		
SSN شماره تأمین اجتماعی	DOB (month/day/year) (ماه/روز/سال)		
Home Address آدرس خانه			
City شهر	State ایالت	Zip Code کد پستی	
Phone Number شماره تلفن	Alternate Phone Number شماره تلفن دیگر		
Email Address آدرس ایمیل			

### Patient Demographics جمعیت شناسی بیمار

**جنسیت قانونی Legal Sex**  مونث (Female)  مذکر (Male)  غیر دوگانه (Nonbinary)  نامشخص (Unknown)  X

Sexual Orientation گرایش جنسی	Gender Identity هویت جنسیتی
<input type="checkbox"/> مستقیم یا دگرجنسگرا (Straight or Heterosexual) <input type="checkbox"/> همجنس باز زن (Lesbian) <input type="checkbox"/> همجنس باز مرد (Gay) <input type="checkbox"/> دو جنسیت (Bisexual) <input type="checkbox"/> بدون جنس (Asexual) <input type="checkbox"/> همه جنسیت (Omnisexual) <input type="checkbox"/> فرا جنسیت (Pansexual) <input type="checkbox"/> کویر (Queer) <input type="checkbox"/> چیزی دیگری (Something Else) <input type="checkbox"/> نمی دانم (Don't Know) <input type="checkbox"/> نمی خواهم افشاء کنم / رد کردن (Choose Not to Disclose / Decline)	<input type="checkbox"/> مونث (Female) <input type="checkbox"/> مذکر (Male) <input type="checkbox"/> ترانجنسیتی مذکر/ترانجنسیتی مرد (FTM) Transgender Male/Trans Man/FTM <input type="checkbox"/> ترانجنسیتی مونث/ترانجنسیتی زن (MTF) Transgender Female/Trans /MTF <input type="checkbox"/> غیرباینری/جنس فروشنده (Non-Binary/Genderqueer) <input type="checkbox"/> در حال جستجو (Questioning) <input type="checkbox"/> دو روحی Two-Spirit این اصطلاح به افراد بومی آمریکا اشاره دارد که ویژگی‌های زنانه و مردانه را در خود دارند. <input type="checkbox"/> دیگر (Other) <input type="checkbox"/> نمی خواهم افشاء کنم (Choose not to disclose)

**جنس تعیین شده بیمار در زمان تولد: Patient's Sex Assigned at Birth**

زن Female  مرد Male  بینجنس Intersex  نامعلوم Unknown  در تصدیق تولد درج نشده Not Recorded on Birth Certificate   نمی خواهم اظهار کنم Choose Not To Disclose

**وضعیت تاهل Marital Status**

مجرد (Single)  دارای شریک زندگی (Partnered)  متاهل (Married)  طلاق گرفته (Divorced)  جداشده (Separated)  بیوه (Widowed)

**قومیت شما چیست؟ What is your Ethnicity**

اصلتا غیر اسپانیایی، لاتین یا اسپانیایی (Not Hispanic, Latino/a or Spanish Origin)  مکزیکی (Mexican)  مکزیکی آمریکایی (Mexican American)  
 شیکانو (Chicano)  پورتوریکویی (Puerto Rican)  کوبایی (Cuban)  
 اصلتا سایر اسپانیایی زبانها، لاتین یا اسپانیایی تبارها (Other Hispanic, Latino/a or Spanish Origin)  
 گزارش نشده/عدم افشای قومیت (Unreported / Choose Not to Disclose Ethnicity)

**نژاد یا پیشینه خانوادگی شما به چه صورت است؟ What is your race or biological family background?**

سفید White  سیاه/آفریقایی آمریکایی Black/African American  آلاسکا بومی Alaska Native  آمریکایی بومی American Indian  
 ژاپنی Japanese  فیلیپینی Filipino  چینی Chinese  هندی آسیایی Asian Indian  
 گوامی یا چامورو Guamanian or Chamorro  سایر آسیایی Other Asian  ویتنامی Vietnamese  کره‌ای Korean  
 سایر جزایر اقیانوس آرام Other Pacific Islander  ساموایی Samoan  بومی هاوایی Native Hawaiian  
 نمی دانم Don't Know  ترجیح می‌دهم فاش نکنم Choose Not To Disclose

### Emergency Contact تماس اضطراری

Name نام	Relationship to Patient قرابت با بیمار	Phone Number شماره تلفن
----------	--	-------------------------

**استخدام Employment**

وضعیت استخدام (Employment Status) تمام وقت (Full time)  نیمه وقت (Part time)  بیکار (Unemployed)

زبان ترجیحی برای صحبت / Preferred Language Spoken

زبان نوشتاری ترجیحی / Preferred Written Language

مشخصات دموگرافیکی اضافی Additional Demographics

آیا شما بدون خان هستید؟ Are you experiencing homelessness?

در حال حاضر بی خانه / Currently Not Homeless  خیر (بی خانه نیستم) / No (Not Homeless)  بلی / Yes  نیستم

در ۱۲ ماه گذشته بودم / was in the last 12 months  اگر بلی، لطفاً یکی از گزینه‌های زیر را انتخاب کنید

زندگی در پناهگاه / Living in Shelter (Homeless Shelter)

خانه موقت / Transitional Housing

زندگی با دیگران (افزایش تعداد افراد در یک خانه) / Living with Others (Doubling Up)

خیابان، کمپ، پل / Street, Camp, Bridge

پناهگاه بی پناه ناشناخته / Homeless Unknown Shelter

مسکن دائمی حمایتی / Permanent Supportive Housing

(هتل با اتاق یک نفره (سایر)) / Single Occupancy Hotel (Other)

در معرض خطر فقدان منزل / At Risk for Homelessness

در معرض خطر فقدان منزل (کودک) / At Risk for Homelessness (Child)

در معرض خطر فقدان منزل (نظامی سابق) / At Risk for Homelessness Veteran

آیا شما یک کارگر مهاجر / فصلی هستید؟ Are you a migrant / seasonal worker?

هیچ کدام / Neither  فصلی / Seasonal  مهاجر / Migrant

وضعیت سرباز / نظامی اسبق / Veteran / Military Status  بلی / Yes  نه، من سرباز اسبق نیستم / No, I am not a veteran or served in the military (و در ارتش خدمت نکرده‌ام)

کشور اصلی (پاسخ اختیاری) / Country of Origin (optional)

آیا در جریان وقت ملاقات خود به کمک نیاز دارید؟ / Would you like assistance during your appointment?

بله، حمایت برای دید کم یا نابینایی / Yes, support for Low Vision or Blindness

بله، مشکل در شنوایی

(Yes, Mobility Assistance (please describe) / (بله، کمک برای مشکلات حرکتی (لطفاً توضیح دهید)

(Yes, other (please describe) / (بله، مورد دیگر (لطفاً توضیح دهید)

از کدام ضمائر استفاده می کنید؟ (What pronouns do you use)

او/وی / از وی (زن) (She/Her/Hers)  او/وی / از وی (مرد) (He/Him/His)  آنها/ ایشان/ از آنها (They/Them/Theirs)

Ze/Hir/Hirs  Ve/Vir/Virs  Xe/Xem/Xyrs  Ey/Em/Eirs

دیگر (Other)  اسم مریض (Patient's Name)  نامعلوم (Unknown)  نمی خواهم جواب بدهم (Decline to Answer)

چگونه از ما می خواهید تا با شما تماس بگیریم Communication Preferences (Circle all that apply)

Mail پست	Email ایمیل	Text پیام	Phone تلفون	How would you like to be contacted for Appointments? چگونه می خواهید برای وقت ملاقات ها با شما تماس گرفته شود
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Billing Issues بخاطر مشکلات صورت حساب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Healthcare Questions Results بخاطر سوالات/نتایج مراقبت صحتی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Messages from Your Provider بخاطر پیام ها از داکتر شما
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other Communication سایر ارتباطات

معلومات ضامن Guarantor Information

خودم / Self

برای کودکان - نام والد یا سرپرست قانونی / For children - name of parent or legal guardian \_\_\_\_\_

تاریخ تولد (ماه/روز/سال) / Day of Birth (month/day/year) \_\_\_\_\_

آدرس (در صورت تفاوت با آدرس بیمار): (address (if different from patient's)) \_\_\_\_\_

شهر: City: \_\_\_\_\_ ایالت: State: \_\_\_\_\_ کد پستی: ZIP Code: \_\_\_\_\_

Relationship to Patient

Total number of people in your household (you and your dependents: (شامل خودتان و افراد تحت تکفل): تعداد مجموعی افراد در خانواده شما

What is your household income before taxes \_\_\_\_\_ \$ درآمد خانواده شما قبل از پرداخت مالیات:

نمی‌خواهم اظهار کنم Choose Not to Disclose  
 سالانه Annual  
 ماهانه Monthly  
 ساعتی Hourly  
 هفته وار Weekly

توجه: من درک می‌کنم که اگر تصمیم بگیرم معلومات مربوط به درآمد خانواده و تعداد اعضای خانواده‌ام را ارائه نکنم، از شرکت در برنامه کمک مالی الیکا (برنامه تخفیف هزینه‌ها) انصراف می‌دهم. اگر وضعیت من تغییر کند یا نظرم عوض شود، می‌دانم که می‌توانم از یکی از کارکنان تقاضای فورم درخواست کنم..

معلومات بیمه Insurance

Effective Date تاریخ آغاز \_\_\_\_\_ Medicare Member ID Number شماره عضویت مدیکیر:

Effective Date تاریخ آغاز \_\_\_\_\_ Medicaid Member ID Number شماره عضویت مدیکید

1. لطفاً کارت بیمه و کارت شناسایی عکس‌دار خود را به پذیرش‌گر بدهید تا در چارت شما اسکن شود

2. اگر هزینه خدمات را خودتان پرداخت می‌کنید، لطفاً فورم تخفیف در پرداخت را همراه با ثبوت درآمد خود تسلیم نمایید تا برای مقیاس تخفیفی بررسی شود

با امضای این قسمت، تأیید می‌کنم که معلومات ارائه شده در فورم ثبت نام بیمار تا حد امکان درست و دقیق می‌باشد.

Patient Signature

امضای بیمار

تاریخ

Date

امضای والدین/ سرپرست قانونی

Parent / Legal Guardian Signature

تاریخ

Date

رضایت ها و تصدیق ها Consents & Acknowledgements

رضایت نامه

تداوی: من موافق هستم که از ارائه‌دهندگان و کارکنان الیکا خدمات صحی دریافت نمایم. می‌دانم که در مورد من یک پرونده صحی ایجاد خواهد شد. می‌توانم با امضای فورم اجازت‌نامه دریافت سوابق طبی که توسط کلینیک فراهم می‌شود، یک نسخه از پرونده‌ام را دریافت کنم.

تله‌هلت (خدمات صحی از راه دور): من موافق هستم که در صورت نیاز طبی و با تشخیص مناسب، از طریق تلفن، خدمات تله‌هلت یا پورتال مریض با ارائه‌دهندگان صحی خود تبادل اطلاعات داشته باشم. ارائه‌دهندگان الیکا فقط مجاز به درمان بیمارانی هستند که در ایالت کالیفرنیا حضور دارند. خدمات تله‌هلت نمی‌تواند برای افرادی که به هر دلیلی در حال حاضر خارج از کالیفرنیا هستند ارائه شود.

شاگردان / رزیدنت‌ها: من درک می‌کنم که الیکا در آموزش شاگردان رشته‌های صحی سهم دارد. این به آن معنا است که شاگردان یا رزیدنت‌ها ممکن است در جریان ملاقات‌های من، فرزندم یا فردی که سرپرستی‌اش را دارم، حضور داشته باشند. می‌دانم که این شاگردان یا رزیدنت‌ها، تحت نظارت ارائه‌دهندگان مجاز خدمات صحی، ممکن است در مراقبت از من، فرزندم یا فرد تحت سرپرستی‌ام کمک کنند. آگاهم که می‌توانم در هر زمان از اشتراک آن‌ها در مراقبت امتناع کنم و این تصمیم بر دسترسی من به خدمات صحی تأثیری نخواهد داشت.

واگذاری مزایا: من تمامی حقوق و مزایای بیمه‌ای خود را به الیکا واگذار می‌کنم تا بتوانند مستقیماً ادعاهای بیمه را ثبت نموده و پرداخت‌ها را از شرکت بیمه دریافت کنند. درک می‌کنم که مسئول پرداخت هر مبلغی هستم که بیمه آن را پوشش نمی‌دهد، از جمله باقی‌مانده هزینه‌ها پس از تخفیف‌ها.

عکس‌ها: من موافق هستم که الیکا می‌تواند برای اهداف شناسایی در پرونده صحی، از من، فرزندم یا فردی که سرپرستی‌اش را دارم، عکس بگیرد. اگر نخواهم این عکس گرفته شود، می‌دانم که شناسنامه تصویری قانونی‌ام می‌تواند استفاده شود.

آزادی انتخاب داروخانه: من درک می‌کنم که حق دارم داروخانه مورد نظر خود را انتخاب کنم. نسخه‌ها به داروخانه‌ای که من انتخاب می‌کنم ارسال می‌شود. اگر واجد

شرایط باشم، ممکن است برای دریافت دواهای رایگان یا تخفیف‌دار به داروخانه‌ای خاص ارجاع داده شوم. اگر داروخانه دیگری را انتخاب کنم، ممکن است مجبور شوم قیمت کامل دوا را پرداخت کنم.

**اعلامیه شیوه‌نامه حفظ حریم خصوصی:** من موافق هستم که در مورد اعلامیه حفظ حریم خصوصی الیکا آگاه شده‌ام یا یک نسخه از آن را دریافت کرده‌ام. می‌توانم در هر زمان نسخه‌ای از این اعلامیه را در وبسایت الیکا ([www.elicahealth.org](http://www.elicahealth.org)) دریافت کنم.

**تبادل معلومات صحی (Health Information Exchange):** الیکا بخشی از یک ترتیب مراقبت صحی سازمان‌یافته است که شامل اعضای OCHIN می‌باشد. فهرست جاری شرکت‌کنندگان OCHIN در [www.ochin.org](http://www.ochin.org) موجود است. به عنوان شریک تجاری الیکا، OCHIN در فعالیت‌های ارزیابی و بهبود کیفیت به نمایندگی از اعضای خود نیز سهم دارد. برای نمونه، OCHIN بررسی‌های کلینیکی را برای تنظیم معیارهای بهترین عملکرد و بهره‌برداری از مزایای سیستم‌های الکترونیکی صحی هماهنگ می‌سازد. OCHIN همچنین به اعضا کمک می‌کند تا در مدیریت ارجاعات داخلی و خارجی بیماران به طور مؤثر همکاری کنند. من درک می‌کنم که معلومات صحی من ممکن است در صورت نیاز، برای اهداف عملیاتی مراقبت صحی، با دیگر اعضای OCHIN شریک ساخته شود. آیا مایلید این متن را به صورت بروشور یا فرم PDF هم داشته باشید؟

با امضای این قسمت، تأیید می‌کنم که بخش رضایت‌نامه را خوانده‌ام و شرایط آن را درک کرده و می‌پذیرم.

Patient Signature

امضای بیمار

تاریخ  
Date

امضای والدین / سرپرست قانونی  
Parent / Legal Guardian Signature

تاریخ  
Date

# فورم اجازه نامه معلومات صحی محافظت شده

## PROTECTED HEALTH INFORMATION AUTHORIZATION FORM - HIPAA (DARI)

مرکز های صحی Elica از حفاظت معلومات صحی شما اطمینان می دهد. با استفاده از این فرم افشا/عدم افشا به شما اجازه می دهد که نحوه به اشتراک گذاشتن معلومات صحی محافظت شده خود را بهروز یا تغییر دهید. این فرم به ما کمک می کند تا بدانیم کدام جزئیات را می خواهید با افراد زندگی خود به اشتراک بگذاریم. پزشکان و کارکنان Elica فقط درباره درمان یا مراقبت شما با شما صحبت خواهند کرد، به صورت حضوری، تلفنی، یا از طریق پرتال بیمار.

معلومات مریض (Patient Information) لطفاً معلومات خود را فقط به زبان انگلیسی بنویسید			
<b>تخلص (Last Name):</b>	<b>اسم (First Name):</b>	<b>وسط اسم اول حرف (Middle Initial):</b>	<b>تولد تاریخ (Date of Birth):</b>

**ترجیحات پیامدهی: نوع پیامهای که ترجیح می دهید و آنچه میتوانیم شریک سازیم را به ما بگویید. (ممکن است نرخ پیام و دیتا تطبیق شود).**  
(Message Preferences: Tell us the type of messages you prefer and what we can share. (Messaging and data rates may apply).)

پورتال/ایمیل (Email/Portal)	پیام کتبی (Text)	تلفون (Phone)	ذیل موارد تمام (All of the below)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

به کی: به ما بگویید که میخواهید با چه اشخاص معلومات را شریک سازیم یا نشر دهیم. هر باکس برای یک شخص متفاوت است.  
(Who: Tell us who you would like us to share, or release, information with. Each box is for a different person.)

شخص شماره 1 Person #1	شخص شماره 2 Person #2
<b>نام و تخلص (First and Last Name):</b>	<b>نام و تخلص (First and Last Name):</b>
<b>قربایت (Relationship):</b> Mother / مادر <input type="checkbox"/> Father / پدر <input type="checkbox"/> Daughter / دختر <input type="checkbox"/> Son / پسر <input type="checkbox"/> Sister / خواهر <input type="checkbox"/> Brother / برادر <input type="checkbox"/> Aunt / عمه <input type="checkbox"/> Uncle / عمو <input type="checkbox"/> Wife / همسر (زن) <input type="checkbox"/> Husband / همسر (شوهر) <input type="checkbox"/> Partner / شریک <input type="checkbox"/> Guardian / سرپرست قانونی <input type="checkbox"/> Other / دیگر: _____	<b>قربایت (Relationship):</b> Mother / مادر <input type="checkbox"/> Father / پدر <input type="checkbox"/> Daughter / دختر <input type="checkbox"/> Son / پسر <input type="checkbox"/> Sister / خواهر <input type="checkbox"/> Brother / برادر <input type="checkbox"/> Aunt / عمه <input type="checkbox"/> Uncle / عمو <input type="checkbox"/> Wife / همسر (زن) <input type="checkbox"/> Husband / همسر (شوهر) <input type="checkbox"/> Partner / شریک <input type="checkbox"/> Guardian / سرپرست قانونی <input type="checkbox"/> Other / دیگر: _____
<input type="checkbox"/> میتوانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.)	<input type="checkbox"/> میتوانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.)
<input type="checkbox"/> میتوانیم نوتهای چارت امروز را در زمان بازدید به این شخص بدهیم. (We can give this person today's chart notes at the time of the visit.)	<input type="checkbox"/> میتوانیم نوتهای چارت امروز را در زمان بازدید به این شخص بدهیم. (We can give this person today's chart notes at the time of the visit.)
<input type="checkbox"/> میتوانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارایه کنیم. (We can give this person all of your test results.)	<input type="checkbox"/> میتوانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارایه کنیم. (We can give this person all of your test results.)

شخص شماره 3 Person #3	شخص شماره 4 Person #4
<b>نام و تخلص (First and Last Name):</b>	<b>نام و تخلص (First and Last Name):</b>
<b>قربایت (Relationship):</b> Mother / مادر <input type="checkbox"/> Father / پدر <input type="checkbox"/> Daughter / دختر <input type="checkbox"/> Son / پسر <input type="checkbox"/> Sister / خواهر <input type="checkbox"/> Brother / برادر <input type="checkbox"/> Aunt / عمه <input type="checkbox"/> Uncle / عمو <input type="checkbox"/> Wife / همسر (زن) <input type="checkbox"/> Husband / همسر (شوهر) <input type="checkbox"/> Partner / شریک <input type="checkbox"/> Guardian / سرپرست قانونی <input type="checkbox"/> Other / دیگر: _____	<b>قربایت (Relationship):</b> Mother / مادر <input type="checkbox"/> Father / پدر <input type="checkbox"/> Daughter / دختر <input type="checkbox"/> Son / پسر <input type="checkbox"/> Sister / خواهر <input type="checkbox"/> Brother / برادر <input type="checkbox"/> Aunt / عمه <input type="checkbox"/> Uncle / عمو <input type="checkbox"/> Wife / همسر (زن) <input type="checkbox"/> Husband / همسر (شوهر) <input type="checkbox"/> Partner / شریک <input type="checkbox"/> Guardian / سرپرست قانونی <input type="checkbox"/> Other / دیگر: _____
<input type="checkbox"/> میتوانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.)	<input type="checkbox"/> میتوانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.)
<input type="checkbox"/> میتوانیم نوتهای چارت امروز را در زمان بازدید به این شخص بدهیم. (We can give this person today's chart notes at the time of the visit.)	<input type="checkbox"/> میتوانیم نوتهای چارت امروز را در زمان بازدید به این شخص بدهیم. (We can give this person today's chart notes at the time of the visit.)
<input type="checkbox"/> میتوانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارایه کنیم. (We can give this person all of your test results.)	<input type="checkbox"/> میتوانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارایه کنیم. (We can give this person all of your test results.)

من نمیخواهم هیچ چیزی با هیچ کس گفته یا به اشتراک گذاشته شود.

با امضای این فرم افشا/عدم افشا، من اجازه می دهم که معلومات صحی مرا مطابق تغییراتی که در بالا مشخص کرده ام، بهروز کرده و به اشتراک بگذارند. این اجازه نامه هرگونه اجازه قبلی که من برای به اشتراک گذاشتن معلومات صحی محافظت شده خود داده بودم، لغو می کند و تنها برای معلومات و افرادی که در این فرم ذکر شده اند، اعمال می شود. این اجازه برای به اشتراک گذاشتن معلومات صحی خصوصی شما، یک سال پس از تاریخ امضای این فرم افشا/عدم افشا یا در صورت وقوع (رویداد خاتمه دهنده را توضیح دهید) منقضی خواهد شد:

نام و نام خانوادگی مریض را بنویسید رابطه با بیمار (مثلاً، خود، والدین، سرپرست)  
Print First and Last Name of Patient Relationship with patient (e.g., self, parent, guardian)

امضا بیمار / سرپرست قانونی تاریخ Date Patient/ Guardian Signature

Office Use Only	
<b>Updated By:</b>	<b>Effective Date:</b>

**سابقه صحتی بزرگسال و اطفال دارای سن بیش از 12 سال**  
**ADULT & PEDIATRIC AGE 12+ HEALTH HISTORY**

<b>تاریخ تولد (Date of Birth):</b>	<b>اسم مریض (Patient Name):</b>	
<p>(We ask everyone about their reproductive health needs) ما از همه درباره ضرورت‌های صحتی تولید مثل یا باروری شان سوال می‌کنیم. (Pregnancy Intention Screening Questions) سوالات بررسی قصد حاملگی)</p>		
<p>آیا در حال حاضر حامله هستید؟ (Are you currently pregnant?)  <input type="checkbox"/> بلی (Yes)    <input type="checkbox"/> خیر (No)</p>		
<p>دریافت صورت داشتن قاعدگی، اولین روز آخرین قاعدگی شما کدام روز بوده است؟ (What was the first day of your Last Menstrual Period, if menstruating?)          تاریخ: _____ (Date)    قابل تطبیق نیست (N/A)</p>		
<p>آیا شما در حال حاضر شیرده هستید؟ (Are you currently breastfeeding?)  <input type="checkbox"/> بلی (Yes)    <input type="checkbox"/> خیر (No)</p>		
<p>آیا می‌خواهید حامله شوید؟ (Do you want to become Pregnant?)  <input type="checkbox"/> بلی (Yes)    <input type="checkbox"/> خیر (No)    <input type="checkbox"/> مطمئن نیستم (N/A)    <input type="checkbox"/> درست است در هر صورت (Ok either way)    <input type="checkbox"/> قابل تطبیق نیست (Unsure)</p>		
<p>آیا می‌خواهید امروز درباره وقایه یا جلوگیری از حاملگی صحبت کنید؟ (Do you want to talk about contraception or pregnancy prevention today?)  <input type="checkbox"/> بلی (Yes)    <input type="checkbox"/> خیر (No)</p>		
<b>حساسیت‌ها به هر گونه دواها، غذا یا مواد دیگر؟ (ALLERGIES TO ANY MEDICATIONS, FOOD OR OTHER SUBSTANCES?)</b>		
<b>شدت عکس‌العمل (Severity of Reaction):</b>	<b>عکس‌العمل (Reaction):</b>	<b>حساس به (Allergic to):</b>
<input type="checkbox"/> پائین (Low) <input type="checkbox"/> متوسط (Medium) <input type="checkbox"/> بلند (High)	<input type="checkbox"/> آنافیلاکسی (Anaphylaxis) <input type="checkbox"/> ورم (Hives) <input type="checkbox"/> دانه (Rash) <input type="checkbox"/> ورم (Swelling) <input type="checkbox"/> دل‌بیدی/اسهال (Nausea/vomiting) <input type="checkbox"/> دیگر (Other): _____	
<input type="checkbox"/> پائین (Low) <input type="checkbox"/> متوسط (Medium) <input type="checkbox"/> بلند (High)	<input type="checkbox"/> آنافیلاکسی (Anaphylaxis) <input type="checkbox"/> ورم (Hives) <input type="checkbox"/> دانه (Rash) <input type="checkbox"/> ورم (Swelling) <input type="checkbox"/> دل‌بیدی/اسهال (Nausea/vomiting) <input type="checkbox"/> دیگر (Other): _____	
<input type="checkbox"/> پائین (Low) <input type="checkbox"/> متوسط (Medium) <input type="checkbox"/> بلند (High)	<input type="checkbox"/> آنافیلاکسی (Anaphylaxis) <input type="checkbox"/> ورم (Hives) <input type="checkbox"/> دانه (Rash) <input type="checkbox"/> ورم (Swelling) <input type="checkbox"/> دل‌بیدی/اسهال (Nausea/vomiting) <input type="checkbox"/> دیگر (Other): _____	
<b>سابقه طبی (تمام امراض و مشکلات طبی مربوطه را نشانی کنید) (MEDICAL HISTORY (Check all diseases and medical conditions that apply))</b>		
<input type="checkbox"/> سابقه طبی ندارم (No Past Medical History)		
<input type="checkbox"/> مریضی جگر (Liver disease)	<input type="checkbox"/> افسردگی (Depression)	<input type="checkbox"/> سوءاستفاده بزرگسال (قربانی) (Abuse as Adult (victim))
<input type="checkbox"/> التهاب سحايا (Meningitis)	<input type="checkbox"/> مرض شکر شیرین (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> سوءاستفاده منحصبت طفل (قربانی) (Abuse as a child (victim))
<input type="checkbox"/> احتشاء میوکارد (Myocardial infarction)	<input type="checkbox"/> امفیما/ COPD (Emphysema/COPD)	<input type="checkbox"/> حساسیت‌ها (Allergies)
<input type="checkbox"/> مریضی عصبی/عضلات (Nerve/Muscle disease)	<input type="checkbox"/> GERD (GERD)	<input type="checkbox"/> کم خونی (Anemia)

<input type="checkbox"/> اضطراب (Anxiety)	<input type="checkbox"/> گلوکوم (Glaucoma)	<input type="checkbox"/> پوکی استخوان (Osteoporosis)
<input type="checkbox"/> آرتریت / اختلال مفصل (Arthritis / Joint disorder)	<input type="checkbox"/> مریضی قلبی (Heart disease)	<input type="checkbox"/> میرگی (Seizures)
<input type="checkbox"/> نفس تنگی (Asthma)	<input type="checkbox"/> نارسایی قلبی (Heart Failure)	<input type="checkbox"/> کم خونی حجره داسی شکل (Sickle cell anemia)
<input type="checkbox"/> تزریق خون (Blood Transfusion)	<input type="checkbox"/> سوزن سوزن شدن قلب (Heart murmur)	<input type="checkbox"/> زخم معده (Stomach ulcers)
<input type="checkbox"/> سرطان (Cancer)	<input type="checkbox"/> اچ آی وی/ایدز (HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/> سکته مغزی (Stroke)
<input type="checkbox"/> آب مروارید (Cataracts)	<input type="checkbox"/> هایپرلیپیدمیا (Hyperlipidemia)	<input type="checkbox"/> سو مصرف مواد (Substance abuse)
<input type="checkbox"/> اختلال لخته شدن خون (Clotting disorder)	<input type="checkbox"/> فشار خون (Hypertension)	<input type="checkbox"/> مریضی توبرکلوز (TB disease)
<input type="checkbox"/> COPD (COPD)	<input type="checkbox"/> مریضی گرده (Kidney disease)	<input type="checkbox"/> مریضی تایروئید (Thyroid disease)
<input type="checkbox"/> دیگر، لطفاً تشریح کنی (Other, please explain):		

### سابقه جراحی (SURGICAL HISTORY)

<input type="checkbox"/> سابقه جراحی ندارم (No Past Surgical History)		
<input type="checkbox"/> آپاندکتومی یا جراحی زیبایی (Appendectomy)	<input type="checkbox"/> جراحی زیبای (Cosmetic surgery)	<input type="checkbox"/> جراحی روده کوچک (Small intestine surgery)
<input type="checkbox"/> جراحی مغز (Brain surgery)	<input type="checkbox"/> جراحی چشم (Eye surgery)	<input type="checkbox"/> جراحی ستون فقرات (Spine surgery)
<input type="checkbox"/> جراحی سینه (Breast surgery)	<input type="checkbox"/> جراحی شکستگی (Fracture surgery)	<input type="checkbox"/> بیرون کردن عقل دندان (Third Molar Extraction)
<input type="checkbox"/> CABG (CABG)	<input type="checkbox"/> ترمیم فتق (Hernia repair)	<input type="checkbox"/> تانسیلکتومی (Tonsillectomy)
<input type="checkbox"/> کولی سیستکتومی (Cholecystectomy)	<input type="checkbox"/> تعویض مفصل (Joint replacement)	<input type="checkbox"/> تعویض وال قلب (Valve replacement)
<input type="checkbox"/> جراحی کولون (Colon surgery)	<input type="checkbox"/> جراحی پروستات (Prostate surgery)	<input type="checkbox"/> وازکتومی (Vasectomy)
<input type="checkbox"/> دیگر، لطفاً تشریح کنید (Other, please explain):		

سابقه فامیلی ( تمام امراض و مشکلات قابل تطبیق را نشانی کنید ) (FAMILY HISTORY (Check all diseases and conditions that apply)):

Other	بیماری	Other	بیماری
Vision Problems	مشکلات بینایی	(Relationship)	رابطه
Thyroid Disease	بیماری تیروئید	(Name)	اسم
Suicide	خودکشی	مادر (Mother)	
Sudden Death	مرگ ناگهانی	پدر (Father)	
Stroke	سکته مغزی	خواهر (Sister)	
Lung Disease	بیماری شش	برادر (Brother)	
Liver Disease	بیماری جگر	دختر (Daughter)	
Kidney Disease	بیماری کلیه	پسر (Son)	
Hypertension	فشار خون	خاله (Maternal Aunt)	
High Cholesterol	کلسترول بالا	ماما (Maternal Uncle)	
Heart Attack	حمله قلبی	عمه (Paternal Aunt)	
Diabetes	مرض شکر	کاکا (Paternal Uncle)	
Depression	افسردگی	مادرکلان مادری (Maternal Grandmother)	
Cancer	سرطان	پدربزرگان مادری (Maternal Grandfather)	
Colon Cancer	سرطان کولون	مادرکلان پدری (Paternal Grandmother)	
Breast Cancer	سرطان سینه	پدربزرگان پدری (Paternal Grandfather)	
Autoimmune Disease	بیماری سیستم معالجت	دیگر (Other)	
Anemia	کم خونی		
Alzheimer's Disease	بیماری آلزایمر		
Allergies	حساسیت ها		
Alcohol/Drug Use	استفاده الکل/مواد مخدر		
No Known Problems	کدام مشکل شناخته شده ندارم		

سایر سابقه طببی فامیلی را در ذیل ذکر کنید (LIST ANY OTHER FAMILY MEDICAL HISTORY BELOW):

عضو فامیل (Family member):	بیماری یا مشکل طببی (Disease or medical problem):

استفاده از تنباکو (TOBACCO USE)

آیا از سگرت الکترونیکی یا ویپ مواد استفاده می کنید؟ (Do you use E-Cigarettes or Vape any substances?)  
 هرگز استفاده نکردم  سابق استفاده میکردم، تاریخ ترک: \_\_\_\_\_  بله - هر روز  بله - بعضی روزها  
 (Never used) (Former user, quit date:) (Yes - every day) (Yes - some days)

اگر بله، از کدام مواد؟ (If yes, what substance?)  نیکوتین (Nicotine)  THC (THC)  CBD (CBD)  طعم دهنده (Flavoring)  دیگر (Other): \_\_\_\_\_

آیا محصولات تنباکو مصرف می کنید؟ (سگرت، سیگار و غیره) (Do you smoke any tobacco products? (cigarettes, cigars, etc))  
 هرگز استفاده نکردم  سابق استفاده میکردم، تاریخ ترک: \_\_\_\_\_  بله - هر روز  بله - بعضی روزها  
 (Never used) (Former user, quit date:) (Yes - every day) (Yes - some days)

آیا از تنباکوی بدون دود استفاده می کنید؟ (جونده، دمنوش، حل شدنی و غیره) (Do you use any smokeless tobacco? (chew, snuff, dissolvables, etc))  
 هرگز استفاده نکردم  سابق استفاده میکردم، تاریخ ترک: \_\_\_\_\_  بله (Yes)

آیا شما یا در گذشته منظمأ در معرض دود سگرت بوده اید؟ (در معرض غیرفعال) (Are you, or have you been in the past, regularly exposed to smoke? (Passive exposure))  
 هرگز (Never)  گذشته (Past)  حال (Current)

مصرف الکل (ALCOHOL INTAKE)

آیا گاهی الکل نوشیده اید؟ (Do you ever drink alcohol?)  بله (Yes)  در حال حاضر نه (Not currently)  نخیر (No)

چند نوشیدنی در روز، و از چه؟ \_\_\_\_\_ نوشیدنی از \_\_\_\_\_ در هفته  
 (How many drinks per week, and of what?) (drinks of) (per week)

استفاده از مواد مخدر (DRUG USE)

آیا در حال حاضر (در 6 ماه گذشته) موادهای تفریحی استفاده کرده اید؟ (Do you currently (in the last 6 months) any recreational drugs?)  بله (Yes)  در حال حاضر نه (Not currently)  نخیر (No)

از کدام مواد استفاده می کنید؟ (Which drugs do you use?)  ویپینگ (Vaping)  ماری جوانا (Marijuana)  مواد افیونی (فتانتیل، کوداین، اوکسی، نورکو، و غیره) (Opioids (Fentanyl, Codeine, Oxy, Norco, etc))  هیروئین (Heroin)  مت آمفتامین (Methamphetamine)  آمفتامین ها (آدرال) (Amphetamine (Adderall))  PCP  خلسه (MDMA, Molly) (Ecstasy)  LSD (Acid)  LSD (Acid)  کتامین (Ketamine)  مسکالین (پیوته) (Mescaline (Peyote))  سیلوسایبین (سمارق های جادویی، 'شروم ها) (Psilocybin (Magic Mushroom s, 'Shroom s))  کوکائین (Cocaine)  کرک (Crack)  اکساید نایتروجن (Nitrous Oxide)  محلول های استنشاقی (پوپرها و غیره) (Solvent Inhalants (Poppers, etc))  باربیتورات ها (Barbiturates)  بنزودیازپین ها (زاناکس، اتیان، کلونوپین) (Benzodiazepines (Xanax, Ativan, Klonopin))  مصرف IV (سوزن برای تزریق مواد مخدر) (IV use (Needle to inject drugs))  دیگر (Other): \_\_\_\_\_

فعالیت جنسی (SEXUAL ACTIVITY)

آیا از نظر جنسی فعال هستید (Sexually active):  بله (Yes)  در حال حاضر نه (Not Currently)  هرگز (Never)

کنترل/حفاظت از حاملگی (Birth Control / Protection):  پرهیز (Abstinence)  کلاهک دهانه رحم (Cervical Cap)  کاندوم (Condom)  دیافراگم (Diaphragm)  روش آگاهی از باروری (Fertility Awareness Method)  پیج هورمونی (Hormonal Patch)  کاشت (Implant)  تزریق (Injection)  درج ها (Inserts)  I.U.D.  I.U.D.  IUS  IUS  یائسگی (Menopause)  پیل (Pill)  ریتم (Rhythm)  اسپرم کش (Spermicide)  اسفنج (Sponge)  جراحی (Surgical)  حلقه واژن (Vaginal Ring)  وازکتومی (Vasectomy)  انصراف (Withdrawal)  هیچکدام (None)  شرکا (Partners):  مذکر (Male)  مونث (Female)  ترانس جوند، مذکر/مونث -بسمونث (Transgender Female/Male-to-Female)  ترانس جندر/مونث -بمذکر (Transgender Male /Female-to-Male)  غیرباینری / جندرکوئر (Non-binary / genderqueer)  تحت سوال (Questioning)  دیگر (Other)  نمی خواهم افشاء کنم (Choose not to disclose)

نظریات (Comments): \_\_\_\_\_

سابقه حاملگی (زایمان) (PREGNANCY (OBSTETRIC) HISTORY)

آیا تا بحال حامله بوده اید؟ (Have you ever been pregnant?)  بله (Yes)  نخیر (No)  قابل تطبیق نیست (N/A)

اگر بله، در مجموع چند دفعه حامله شده اید؟ If yes, how many times TOTAL have you been pregnant? (Gravida) (گراویدا)

- چند طفل به دنیا آوردید؟ (How many babies have you delivered?) (Para) (پارا)

- چند طفلان مکمل به دنیا آمدند؟ (37 هفته یا بیشتر) (How many babies were full term?) (37 weeks or more) (Term) (مدت)

- چند نوزاد نارس (کمتر از 37 هفته) بودند (How many babies were premature (less than 37 weeks) (Preterm) (قبل از وقت)

- چند طفل زنده دارید؟ (How many living children do you have?) (Living) (زنده)

- چند سقط جنین غیر عمدی شده اید؟ (How many miscarriages have you had?) (SAB)

- چند سقط جنین عمدی داشته اید؟ (How many abortions have you had?) (IAB)

آیا تا به حال عوارض حاملگی یا زایمان داشته اید؟ (Have you ever had any pregnancy or birth complications?)

<p><b>6.</b> چند بار در طول سال گذشته، برای اینکه بعد از یک جلسه نوشیدن سنگین، به اولین نوشیدنی خود در صبح بنوشید، چند بار ضرورت داشته‌اید؟ How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session? (0) هرگز (Never) (1) کمتر از ماهوار (Less than Monthly) (2) ماهوار (Monthly) (3) هفته‌وار (Weekly) (4) روزانه یا تقریباً روزانه (Daily or almost daily)</p>	<p><b>1.</b> هر چند وقت بعد نوشیدنی حاوی الکل می‌خورید؟ How often do you have a drink containing alcohol? (0) هرگز [به سوالات 9-10 بروید] (Never [Skip to Qs 9-10]) (1) ماهوار یا کمتر (Monthly or less) (2) 2 تا 4 دفعه در یک ماه (2 to 4 times a month) (3) 2 تا 3 دفعه در یک هفته (2 to 3 times a week) (4) 4 یا بیشتر دفعه در یک هفته (4 or more times a week)</p>
<p><b>7.</b> در طول سال گذشته چند بار بعد از نوشیدن الکل احساس گناه یا پشیمانی کرده‌اید؟ How often during the last year, have you had a feeling of guilt or remorse after drinking? (0) هرگز (Never) (1) کمتر از ماهوار (Less than Monthly) (2) ماهوار (Monthly) (3) هفته‌وار (Weekly) (4) روزانه یا تقریباً روزانه (Daily or almost daily)</p>	<p><b>2.</b> در یک روز معمولی که الکل می‌خورید چند نوشیدنی حاوی الکل می‌خورید؟ How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking? (0) هرگز [به سوالات 9-10 بروید] (Never [Skip to Qs 9-10]) (1) ماهوار یا کمتر (Monthly or less) (2) 2 تا 4 دفعه در یک ماه (2 to 4 times a month) (3) 2 تا 3 دفعه در یک هفته (2 to 3 times a week) (4) 4 یا بیشتر دفعه در یک هفته (4 or more times a week)</p>
<p><b>8.</b> چند بار در طول سال گذشته، به دلیل مصرف مشروبات الکولی، نتوانسته‌اید اتفاقات شب قبل را به خاطر بیابورید؟ How often during the last year, have you been unable to remember what happened the night before because you had been drinking? (0) هرگز (Never) (1) کمتر از ماهوار (Less than Monthly) (2) ماهوار (Monthly) (3) هفته‌وار (Weekly) (4) روزانه یا تقریباً روزانه (Daily or almost daily)</p>	<p><b>3.</b> چند مرتبه در یک مناسبت شش یا بیشتر نوشیدنی می‌نوشید؟ How often do you have six or more drinks on one occasion? (0) هرگز (1) ماهوار یا کمتر (Monthly or less) (2) ماهوار (monthly) (3) هفته‌وار (weekly) (4) روزانه یا تقریباً روزانه (Daily or almost daily) Skip to Questions 9 and 10 if Total Score for Questions 2 and 3 = 0</p>
<p><b>9.</b> آیا شما یا شخص دیگری در نتیجه نوشیدن الکل آسیب دیده‌اید؟ Have you or someone else been injured as a result of your drinking? (0) نخیر (No) (1) بلی، اما نه در سال گذشته (Yes, but not in the last year) (2) بلی، در جریان سال گذشته (Yes, but during the last year)</p>	<p><b>4.</b> در طول سال گذشته، چند بار متوجه شده‌اید که پس از شروع نوشیدن، نتوانسته‌اید الکل را متوقف کنید؟ How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session? (0) هرگز (Never) (1) کمتر از ماهوار (Less than Monthly) (2) ماهوار (Monthly) (3) هفته‌وار (Weekly) (4) روزانه یا تقریباً روزانه (Daily or almost daily)</p>
<p><b>10.</b> آیا یکی از اقوام یا دوستان یا یک دکتر یا یک کارمند صحتی دیگر تشویش الکل نوشیدن شما را داشته است یا به شما پیشنهاد کرده است که استفاده نکنید؟ Has a relative or friend or a doctor or another health worker been concerned about your drinking or suggested you cut down? (0) نخیر (No) (1) بلی، اما نه در سال گذشته (Yes, but not in the last year) (2) بلی، در جریان سال گذشته (Yes, but during the last year)</p>	<p><b>5.</b> چند بار در طول سال گذشته، به دلیل نوشیدن الکل، نتوانسته‌اید آنچه را که معمولاً از شما توقع می‌رود انجام دهید؟ How often during the last year, have you failed to do what was normally expected from you because of drinking? (0) هرگز (Never) (1) کمتر از ماهوار (Less than Monthly) (2) ماهوار (Monthly) (3) هفته‌وار (Weekly) (4) روزانه یا تقریباً روزانه (Daily or almost daily)</p>

آزمایش بررسی سوء استفاده مواد مخدر DAST

این سوالات به 12 ماه گذشته برمی‌گردد.  
(These questions refer to the past 12 months.)

<p><input type="checkbox"/> نخیر (No)</p>	<p><input type="checkbox"/> بلی (Yes)</p>	<p>1. آیا از مواد غیر از مواد ضروری به دلایل طبی استفاده کرده‌اید؟ (Have you used drugs other than those required for medical reasons?)</p>
<p><input type="checkbox"/> نخیر (No)</p>	<p><input type="checkbox"/> بلی (Yes)</p>	<p>2. آیا در آن زمان بیش از یک موادمخدر مصرف می‌کنید؟ (Do you abuse more than one drug at the time?)</p>
<p><input type="checkbox"/> نخیر (No)</p>	<p><input type="checkbox"/> بلی (Yes)</p>	<p>3. آیا همیشه می‌توانید زمانی که بخواهید استفاده مواد مخدر را متوقف کنید؟ (اگر هرگز مواد مخدر استفاده نکرده‌اید، جواب بدهید "بلی." (Are you always able to stop using drugs when you want to? (If never used drugs, answer "Yes.")</p>
<p><input type="checkbox"/> نخیر (No)</p>	<p><input type="checkbox"/> بلی (Yes)</p>	<p>4. آیا در نتیجه مصرف مواد مخدر دچار «بی‌هوشی» یا «فلش بک» شده‌اید؟ (Have you had "blackouts" or "flashbacks" as a result of drugs?)</p>
<p><input type="checkbox"/> نخیر (No)</p>	<p><input type="checkbox"/> بلی (Yes)</p>	<p>5. آیا تا به حال بابت مصرف مواد مخدر احساس بد یا گناه می‌کنید؟ اگر تا هنوز هیچ مواد مخدر استفاده نکرده‌اید، انتخاب کنید "نخیر." (Do you ever feel bad or guilty about your drug use? If never use drugs, choose "No.")</p>
<p><input type="checkbox"/> نخیر (No)</p>	<p><input type="checkbox"/> بلی (Yes)</p>	<p>6. آیا همسر (یا والدین) شما تا به حال از درگیر بودن شما با مواد مخدر شکایت می‌کنند؟ (Does your spouse (or parents) ever complain about your involvement with drugs?)</p>
<p><input type="checkbox"/> نخیر (No)</p>	<p><input type="checkbox"/> بلی (Yes)</p>	<p>7. آیا به خاطر مصرف مواد مخدر از فامیل خود غافل شده‌اید؟ (Have you neglected your family because of your use of drugs?)</p>

<input type="checkbox"/> نخیر (No)	<input type="checkbox"/> بلی (Yes)	8. آیا برای به دست آوردن مواد مخدر فعالیت‌های غیرقانونی کرده‌اید؟ (Have you engaged in illegal activities in order to obtain drugs?)
<input type="checkbox"/> نخیر (No)	<input type="checkbox"/> بلی (Yes)	9. آیا زمانی که مصرف مواد مخدر را متوقف کرده‌اید، تا به حال علائم ترک را تجربه کرده‌اید (احساس دل‌بندی)؟ (Have you ever experienced withdrawal symptoms (feel sick) when you stopped using drugs?)

<input type="checkbox"/> نخیر (No)	<input type="checkbox"/> بلی (Yes)	10. آیا در نتیجه مصرف مواد مخدر دچار مشکلات طبی شده‌اید (مانند از دست دادن حافظه، هیپاتیت، تشنج، خونریزی و غیره)؟ (Have you had medical problems as a result of your drug use (e.g. Memory loss, hepatitis, convulsions, bleeding, etc.)?)
------------------------------------	------------------------------------	---

PHQ-9 PHQ-9				دردو هفته گذشته، چند بار مشکلات زیر شما را آزار داده است؟ (Over the <u>last two weeks</u> , how often have you been bothered by the following problems?)
تقریباً هر روز (Nearly every day)	بیش از نصف روز (More than half the days)	چندین روز (Several days)	اصلاً نه (Not at all)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	علاقه یا لذت کم در انجام کارها (Little interest or pleasure in doing things)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	احساس ناراحتی، افسردگی یا ناامیدی (Feeling down, depressed, or hopeless)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مشکل به خواب رفتن یا در خواب ماندن، یا خواب بیش از حد (Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	احساس خستگی یا کم انرژی بودن (Feeling tired or having little energy)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اشتهای ضعیف یا خوراک بیش از حد (Poor appetite or overeating)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	احساس بدی نسبت به خود - یا اینکه شکست خورده‌اید یا خود یا فامیلتان را ناامید کرده‌اید (Feeling bad about yourself - or that you are a failure or have let yourself or your family down)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مشکل در تمرکز بالای چیزهایی مانند خواندن روزنامه یا دیدن تلویزیون (Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آهسته حرکت می‌کنید یا صحبت می‌کنید که دیگران می‌توانستند متوجه شوند؟ یا برعکس - آهسته حرکت می‌کنید یا بی‌قرار بودن که خیلی بیشتر از حد معمول در حال حرکت بوده‌اید (Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite - being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مفکوره مردن یا به نوعی به خودم صدمه بزنم (Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اگر کدام مشکلات را نشانی کرده‌اید، این مشکلات چقدر انجام کار، رسیدگی به امور منزل یا کنار آمدن با افراد دیگر را برای شما سخت کرده است؟ (If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?)

GAD-7 (GAD-7)				در دو هفته گذشته، چند بار مشکلات زیر شما را آزار داده است؟ (Over the <u>last two weeks</u> , how often have you been bothered by the following problems?)
تقریباً هر روز (Nearly every day)	بیش از نصف روز (More than half the days)	چندین روز (Several days)	اصلاً نه (Not at all)	
3	2	1	0	1. احساس عصبانیت، اضطراب یا بی‌قراری (Feeling nervous, anxious, or on edge)
3	2	1	0	2. ناتوانی در توقف یا کنترل تشویش (Not being able to stop or control worrying)
3	2	1	0	3. تشویش داشتن بیش از حد درباره چیزهای مختلف (Worrying too much about different things)
3	2	1	0	4. داشتن مشکل در آرامش (Trouble relaxing)
3	2	1	0	5. آهسته بی‌قرار بودن که به سختی می‌توان یک جا نشست (Being so restless that it is hard to sit still)
3	2	1	0	6. به راحتی آزرده خاطر یا تحریک شدن (Becoming easily annoyed or irritable)
3	2	1	0	7. احساس ترس، گویا ممکن است اتفاق وحشتناکی رخ دهد (Feeling afraid, as if something awful might happen)

ارزیابی خطر توپرکلوز TB RISK ASSESSMENT		
<input type="checkbox"/> نخیر (No)	<input type="checkbox"/> بلی (Yes)	تماس نزدیک یا طولانی مدت اخیر با فرد مصاب به مرض توپرکلوز عفونی (Recent close or prolonged contact with someone with infectious TB disease)

<input type="checkbox"/> بله (Yes)	<input type="checkbox"/> نه (No)	تولد شده یا مسافر اخیر در ساحه پر شیوع (به نوار کناری جدول برای لیست کشورها مراجعه کنید) (Born in or recent traveler to high prevalence area (see flowsheet sidebar for country list))
<input type="checkbox"/> بله (Yes)	<input type="checkbox"/> نه (No)	رادیوگرافی سینه با تغییرات فیبروتیک که نشان دهنده تویرکلوز غیرفعال یا گذشته است (Chest radiographs with fibrotic changes suggesting inactive or past TB)
<input type="checkbox"/> بله (Yes)	<input type="checkbox"/> نه (No)	عفونت اچ آی وی (HIV infection)
<input type="checkbox"/> بله (Yes)	<input type="checkbox"/> نه (No)	گیرنده پیوند عضو (Organ transplant recipient)
<input type="checkbox"/> بله (Yes)	<input type="checkbox"/> نه (No)	سرکوب سیستم معافیت دومی به استفاده از پردنیزون (معادل < یا = 15 میلی گرام در روز برای < یا = 1 ماه) یا سایر دواهای سرکوب کننده معافیت مانند آنتاگونیست TNF - $\alpha$ (Immunosuppression secondary to use of prednisone (equivalent of > or = 15mg/day for > or = 1 month) or other immunosuppressive medication such as TNF - $\alpha$ antagonist)
<input type="checkbox"/> بله (Yes)	<input type="checkbox"/> نه (No)	مصرف کننده مواد مخدر تزریقی (Injection drug user)
<input type="checkbox"/> بله (Yes)	<input type="checkbox"/> نه (No)	ساکن یا کارمند محل تجمع پرخطر (مانند محبس، مرکز مراقبت طولانی مدت، شفاخانه، سرپناه بی خانمانها) (Resident or employee of high-risk congregate setting (e.g., prison, long-term care facility, hospital, homeless shelter))
<input type="checkbox"/> بله (Yes)	<input type="checkbox"/> نه (No)	مشکل طبی مرتبط با خطر پیشرفت به مریضی تویرکلوز در صورت آلوده شدن (مانند مرض شکر، سیلیکوز، سرطان در سر یا گردن، مریضی هوچکین، لوسمی و مریضی کلیوی مرحله نهایی، بای پس روده یا گاسترکتومی، سندروم سوء جذب مزمن، وزن کم بدن (10% یا بیشتر زیر مطلوب برای جمعیت معین) (Medical condition associated with risk of progressing to TB disease if infected (e.g., diabetes mellitus, silicosis, cancer of head or neck, Hodgkin's Disease, leukemia, and end-stage renal disease, intestinal bypass or gastrectomy, chronic malabsorption syndrome, low body weight (10% or more below ideal for given population))
<p><b>نشانه‌ها/علائم تویرکلوز (Signs/Symptoms of TB)</b> <input type="checkbox"/> سرفه دوامدار (Cough lasting) <input type="checkbox"/> تب دوامدار (Persistent fever) <input type="checkbox"/> کاهش وزن بی دلیل (Unexplained weight loss)</p> <p><input type="checkbox"/> از دست دادن اشتها (Loss of appetite) <input type="checkbox"/> عرق دوامدار (Persistent sweats) <input type="checkbox"/> لرزه (Chills) <input type="checkbox"/> سرفه کردن خون (Coughing up blood) <input type="checkbox"/> نفس تنگی (Shortness of breath) <input type="checkbox"/> درد سینه (Chest pain) <input type="checkbox"/> هیچکدام (None)</p>		

### تاریخچه اجتماعی (PRAPARE) SOCIAL HISTORY (PRAPARE)

آخرین درجه تحصیلی یا تحصیلی تا چه حد؟ (What is the highest grade or year of school you completed?)

هرگز مکتب نرفته‌ام یا صرف دوره کودکتان را مکمل کرده‌ام (Never attended school or only attended kindergarten)

صنف 1 الی 8 (ابتدایی) (Grades 1 through 8 (Elementary))

صنف 9 الی 11 (اندکی دوره لیسه) (Grades 9 through 11 (Some high school))

صنف 12 یا GED (فارغ لیسه، دیپلوم، یا مدرک بدیل) (Grade 12 or GED (High school graduate, diploma, or alternative credential))

کالج 1 تا 3 ساله (اندکی کالج، فوق دیپلوم، تجارت، لیسه حرفوی) (College 1 year to 3 years (Some college, Associate's degree, trade, vocational school))

کالج 4 ساله یا بیشتر (فارغ کالج) (College 4 years or more (College Graduate))

امتناع (Decline)

چقدر پرداخت مصرف اساسی مانند غذا، مسکن، گرمایش، مراقبت‌های طبی و دوا برای شما سخت است؟ (How hard is it for you to pay for the very basics like food, housing, heating, medical care, and medications?)

هیچ سخت نیست (Not hard at all)  تاحدی سخت (Somewhat hard)  خیلی سخت (Very hard)  امتناع (Decline)

وضعیت زندگی امروزتان چگونه است؟ (What is your living situation today?)

یک جای ثابت برای زندگی کردن دارم (I have a steady place to live)

امروز جایی برای زندگی دارم، اما تشویش دارم در آینده از دست بدهم (I have a place to live today, but I am worried about losing it in the future)

من مکان ثابت برای زندگی ندارم (به طور موقت با دیگران زندگی می‌کنم، در یک هتل، در یک پناهگاه، زندگی در بیرون در سرک‌ها، در موتر...)

(I do not have a steady place to live (I am temporarily staying with others, in a hotel, in a shelter, living outside on the streets, on the beach, in the car.))

امتناع (Decline)

آیا در 12 ماه گذشته، فقدان ترانسپورت شما را از ملاقات طبی، جلسه، کار یا تهیه وسایل مورد نیاز برای زندگی روزمره باز داشته است؟ (In the past 12 months, has lack of transportation kept you from medical appointments, meeting, work or from getting things needed for daily living?)

بله، من را از وقت ملاقات‌های طبی یا دریافت داروها و باز داشته است (Yes, it has kept me from medical appointments or getting medications)

بله، من را از جلسات غیرطبی، اوقات ملاقات، کار یا دریافت چیزهایی که ضرورت دارم باز داشته است (Yes, it has kept me from non-medical meetings, appointments, work, or getting things that I need)

نه (No)

امتناع (Declined)

چند وقت بعد افرادی را می‌بینید یا با آنها صحبت می‌کنید که به آنها اهمیت می‌دهید و احساس نزدیکی می‌کنید؟ (به عنوان مثال: صحبت کردن با دوستان ذریعه تلفون، دیدار با دوستان یا فامیل، رفتن به کلیسا یا جلسات کلب) (How often do you see or talk to people that you care about and feel close to? (For example: talking to friends in the phone, visiting friends or family, going to church or club meetings))

کمتر از یکبار در هفته (Less than once a week)  1-2 دفعه در هفته (1-2 times a week)  3-5 دفعه در هفته (3-5 times a week)  5 یا بیشتر دفعه در هفته (5 or more times a week)

امتناع (Decline)

آیا این روزها این نوع استرس را احساس می‌کنید؟ Do you feel these kinds of stress these days?  اصلاً نه (Not at all)  اندکی (A little bit)  تاحدی (Somewhat)  بسیار کم (Quite a bit)  بسیار (Very much)  امتناع (Decline)



آیا در حال حاضر تحت مراقبت داکتران یا مسلکی‌های دیگری قرار دارید؟

(ARE YOU CURRENTLY UNDER THE CARE OF ANY OTHER PHYSICIANS OR SPECIALISTS?)

(تمامش را در ذیل ذکر کنید)

(LIST ALL BELOW)

معین طبی: فورم نشر سوابق طبی را برای همه ارایه دهندگان طبی ذکر شده در ذیل مکمل کنید و به تیم مراقبت در Epic اضافه کنید  
(Medical Assistant: Complete a medical record release form for all medical providers listed below and add to Care Team in Epic)

تلفون (Phone)	آدرس (Address)	تخصص (Specialty)	نام داکتر/اروش (Physician/Practice Name)

سابقه دندان

(DENTAL HISTORY)

<input type="checkbox"/> (No) نخیر	<input type="checkbox"/> (Yes) بلی	1. آیا در تداوی قبلی دندانتان، مشکل داشته‌اید؟ (Have you had problems with prior dental treatment?)
2. تاریخ آخرین معاینه دندان (Date of last dental exam) :		
<input type="checkbox"/> (No) نخیر	<input type="checkbox"/> (Yes) بلی	3. آیا تا به حال برای تداوی دندان از قبل دوا مصرف کرده‌اید؟ اگر بلی، چرا؟ (Have you ever been pre-medicated for dental treatment? If yes, why?)
<input type="checkbox"/> (No) نخیر	<input type="checkbox"/> (Yes) بلی	4. آیا از بیس فسفونیت استفاده کرده‌اید؟ (Have you taken bisphosphonates?)

حساسیت‌ها و عکس العمل‌ها

(ALLERGIES AND REACTIONS)

<input type="checkbox"/> (No) نخیر	<input type="checkbox"/> (Yes) بلی	آیا در مقابل لاتکس حساسیت دارید؟ اگر بلی، لطفاً عکس العمل را توضیح دهید. (Are you allergic to Latex? If yes, please explain the reaction)
<input type="checkbox"/> (No) نخیر	<input type="checkbox"/> (Yes) بلی	آیا در برابر بی حسی موضعی حساسیت دارید؟ اگر بلی، لطفاً عکس العمل را توضیح دهید. (Are you allergic to local anesthetic? If yes, please explain the reaction)
<input type="checkbox"/> (No) نخیر	<input type="checkbox"/> (Yes) بلی	آیا در برابر اکساید نایتروجن حساسیت دارید؟ اگر بلی، لطفاً عکس العمل را توضیح دهید. (Are you allergic to Nitrous oxide? If yes, please explain the reaction)

<b>Patient's Name:</b> _____	<b>MRN:</b> _____	<b>Today's Date (month/day/year)</b> تاریخ امروز (ماه/روز/سال)
------------------------------	-------------------	---

من از اشتراک در برنامه فیس تخفیفی خودداری می‌کنم حروف اول نام: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

شما باید برای هر عضو بالغ خانواده مدرک درآمد ارائه دهید. مثلاً: یک کپی از آخرین تکس های مالیاتی، دو چیک اخیر، آخرین W2 ها، و غیره. شما باید اسناد را ظرف 10 روز از تاریخ درخواست خود ارسال کنید

Name	اسم	Relationship رابطه	Age سن و سال	Income Amount مقدار درآمد	# Hours Worked (per week) تعداد ساعات کار در هفته	Pay Frequency تناوب پرداخت
		self خودم				<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه

آیا منبع درآمد دیگری دارید که در بالا ذکر نشده است؟ اگر بله، لطفا ارائه دهید  
 پول بیکاری، بیمه از عدم قابلیت کار/جبران خسارت کارگران، تامین اجتماعی (سوشل سکوریتی)، تقاعد، کمک های عمومی و غیره  
 (ماهانه) \$ \_\_\_\_\_

**تعداد افراد خانواده شما**  
 Total Number of People in Your Household:  
 (Include yourself/spouse, children, and any taxable dependent relatives living with you)  
 (شامل خود/همسر، فرزندان و هر بستگان وابسته مشمول مالیاتی که با شما زندگی می کنند)

بدینوسیله از مراکز درمانی الیکا درخواست می‌کنم که واجد شرایط بودن من برای برنامه هزینه کشویی را بر اساس اطلاعاتی که ارائه کرده‌ام تعیین کنند. همچنین می‌دانم که اگر معلوماتی که ارائه می‌دهم نادرست باشد، مسئولیت تمام خدمات را با هزینه کامل بر عهده خواهم داشت. در امضای این برنامه، تأیید می‌کنم که معلومات ارائه شده در بالا تا جایی که می‌دانم درست و صحیح است. من درک میکنم که این مسئولیت من است که تمام تغییرات در اطلاعات بیمه خود را به مراکز درمانی الیکا اطلاع دهم. در صورت عدم انجام این کار، پرداخت کامل تمام خدمات به عهده من خواهد بود

\_\_\_\_\_ تاریخ:  
Date

\_\_\_\_\_ امضای بیمار/سرپرست قانونی:  
Patient/Legal Guardian Signature

**VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)**

1. Household Income verified:  Yes  No (Patient will provide)  No (Self-Declaration Form)
2. If "No," Date documents due: \_\_\_\_\_ Date documents provided: \_\_\_\_\_
3. SFDP Level:  Slide A (≤ 100%)  Slide B (>100 - 125%)  Slide C (>125 - 150%)  
 Slide D (>150 - 175%)  Slide E (>175 - 200%)  Full Fee (> 200%)
4. SFDP Expires: \_\_\_\_\_

Verified by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Social Care Referral:  Yes  No Date: \_\_\_\_\_