

راجستر مريض (ثبت نام مريض)

PATIENT REGISTRATION (DARI)

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

جمعیت شناسی بیمار Patient Demographics	
جنسیت قانونی Legal Sex ☐ مونث (Female) ☐ مذکر (Male) ☐ غیر دوگانه (Nonbinary) ☐ نامشخص (Unknown) ☐ X	
هویت جنسیتی Gender Identity ☐ مونث (Female) ☐ مذکر (Male) ☐ ترانجنسیتی مذکر/ترانجنسیتی مرد (FTM) Transgender Male/Trans Man/FTM ☐ ترانجنسیتی مونث/ترانجنسیتی زن (MTF) Transgender Female/Trans /MTF ☐ غیرباینری/جنس فروشنده (Non-Binary/Genderqueer) ☐ در حال جستجو (Questioning) ☐ دو روحی Two-Spirit این اصطلاح به افراد بومی آمریکا اشاره دارد که ویژگی‌های زنانه و مردانه را در خود دارند. ☐ دیگر (Other) ☐ نمی‌خواهم افشاء کنم (Choose not to disclose)	گرایش جنسی Sexual Orientation ☐ مستقیم یا دگرجنسگرا (Straight or Heterosexual) ☐ همجنس باز زن (Lesbian) ☐ همجنس باز مرد (Gay) ☐ دو جنسیتی (Bisexual) ☐ بدون جنس (Asexual) ☐ همه جنسیتی (Omnisexual) ☐ فرا جنسیتی (Pansexual) ☐ کویر (Queer) ☐ چیزی دیگری (Something Else) ☐ نمی‌دانم (Don't Know) ☐ نمی‌خواهم افشاء کنم / رد کردن (Decline) ☐ Choose Not to Disclose (/)
جنس تعیین شده بیمار در زمان تولد: Patient's Sex Assigned at Birth ☐ زن Female ☐ مرد Male ☐ بیناجنس Intersex ☐ نامعلوم Unknown ☐ Not Recorded on Birth Certificate در تصدیق تولد درج نشده ☐ Choose Not To Disclose نمی‌خواهم اظهار کنم	
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 ☐ اصالتاً 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) ☐ اصالتاً 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 ☐ Don't Know ☐ ترجیح می‌دهم فاش نکنم Choose Not To Disclose	

تماس اضطراری Emergency Contact	
نام Name	
شماره تلفن Phone Number	قربانیت با بیمار Relationship to Patient
استخدام Employment	
وضعیت استخدام (Employment Status) ☐ تمام وقت (Full time) ☐ نیمه وقت (Part time) ☐ بیکار (Unemployed)	

زبان نوشتاری ترجیحی / Preferred Written Language

زبان ترجیحی برای صحبت / Preferred Language Spoken

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

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

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

چگونه از ما می خواهید تا با شما تماس بگیریم Communication Preferences (Circle One)

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

قانونی برای محافظت از معلومات صحی و شخصی شما HIPAA Authorization

مرکزهای صحی الیکا (Elica) می‌خواهند هر آنچه در توان دارند انجام دهند تا از اطلاعات صحی خصوصی شما محافظت کنند. اطلاع‌دادن به الیکا در مورد چگونگی اشتراک‌گذاری معلومات شما، اجازه نامه HIPAA نامیده می‌شود. این کار به ما کمک می‌کند تا بدانیم چه جزئیاتی را – اگر باشد – می‌خواهید با افراد مورد اعتماد خود شریک سازیم. ارائه‌دهندگان خدمات صحی در الیکا با هیچ بیماری در مورد تدای یا مراقبت او از طریق ایمیل یا پیام متنی تماس نخواهند گرفت.

لطفاً به ما بگویید که می‌خواهید معلومات شما را با چه کسی / Tell us who you would like us to share or release information with
شریک یا در اختیار او قرار دهیم؟

اسم: Name

رابطه: Relationship

☐ We can tell this person any and all of your medical information. / ما می‌توانیم تمام معلومات صحتی شما را با این شخص شریک سازیم. / یا (OR)

☐ We can give this person today's chart notes at the time of the visit. / ما می‌توانیم یادداشت‌های پرونده امروز را در زمان ملاقات به این شخص بدهیم.

☐ We can give this person all of your test results. / ما می‌توانیم تمام نتایج آزمایشات شما را به این شخص بدهیم.

☐ I do not want ANYTHING told or shared with ANYONE. / من نمی‌خواهم هیچ چیزی با هیچ‌کسی گفته یا شریک شود.

This authorization to share your private health information will expire 1 year from the date of signing this form or upon (describe terminating event)

این اجازه‌نامه برای شریک سازی معلومات صحتی خصوصی شما یک سال پس از تاریخ امضای این فرم یا در صورت وقوع (شرح رویداد خاتمه‌دهنده) منقضی خواهد شد _____

Office Use Only / فقط برای استفاده داخلی دفتر

Effective Date:	Updated By:
Revoke Date:	Updated By:

معلومات ضامن / Guarantor Information

☐ Self / خودم

☐ 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: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____ ZIP Code

رابطه با بیمار _____ Relationship to Patient

تعداد مجموعی افراد در خانواده شما (شامل خودتان و افراد تحت تکفل): _____

Total number of people in your household (you and your dependents): _____

درآمد خانواده شما قبل از پرداخت مالیات: \$ _____

What is your household income before taxes _____

☐ ساعتی Hourly ☐ ماهانه Monthly ☐ سالانه Annual ☐ نمی‌خواهم اظهار کنم Choose Not to Disclose

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

شماره عضویت مدیکیر: Medicare Member ID Number _____

تاریخ آغاز Effective Date _____

شماره عضویت مدیکید Medicaid Member ID Number _____

تاریخ آغاز Effective Date _____

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		تاریخ
Parent / Legal Guardian Signature		Date

رضایت نامه

تداوی: من موافق هستم که از ارائه دهندگان و کارکنان الیکا خدمات صحت دریافت نمایم. می دانم که در مورد من یک پرونده صحت ایجاد خواهد شد. می توانم با امضای فورم اجازه نامه دریافت سوابق طبی که توسط کلینیک فراهم می شود، یک نسخه از پرونده ام را دریافت کنم.

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

شاگردان / رزیدنت ها: من درک می کنم که الیکا در آموزش شاگردان رشته های صحت سهم دارد. این به آن معنا است که شاگردان یا رزیدنت ها ممکن است در جریان ملاقات های من، فرزندم یا فردی که سرپرستی اش را دارم، حضور داشته باشند. می دانم که این شاگردان یا رزیدنت ها، تحت نظارت ارائه دهندگان مجاز خدمات صحت، ممکن است در مراقبت از من، فرزندم یا فرد تحت سرپرستی ام کمک کنند. آگاهم که می توانم در هر زمان از اشتراک آن ها در مراقبت امتناع کنم و این تصمیم بر دسترسی من به خدمات صحت تأثیری نخواهد داشت.

واگذاری مزایا: من تمامی حقوق و مزایای بیمه ای خود را به الیکا واگذار می کنم تا بتواند مستقیماً ادعاهای بیمه را ثبت نموده و پرداخت ها را از شرکت بیمه دریافت کند. درک می کنم که مسئول پرداخت هر مبلغی هستم که بیمه آن را پوشش نمی دهد، از جمله باقی مانده هزینه ها پس از تخفیف ها.

عکس ها: من موافق هستم که الیکا می تواند برای اهداف شناسایی در پرونده صحت، از من، فرزندم یا فردی که سرپرستی اش را دارم، عکس بگیرد. اگر نخواهم این عکس گرفته شود، می دانم که شناسنامه تصویری قانونی ام می تواند استفاده شود.

آزادی انتخاب داروخانه: من درک می کنم که حق دارم داروخانه مورد نظر خود را انتخاب کنم. نسخه ها به داروخانه ای که من انتخاب می کنم ارسال می شود. اگر واجد شرایط باشم، ممکن است برای دریافت دواهای رایگان یا تخفیف دار به داروخانه ای خاص ارجاع داده شوم. اگر داروخانه دیگری را انتخاب کنم، ممکن است مجبور شوم قیمت کامل دوا را پرداخت کنم.

اعلامیه شیوه نامه حفظ حریم خصوصی: من موافق هستم که در مورد اعلامیه حفظ حریم خصوصی الیکا آگاه شده ام یا یک نسخه از آن را دریافت کرده ام. می توانم در هر زمان نسخه ای از این اعلامیه را در وبسایت الیکا (www.elicahealth.org) دریافت کنم.

تبادل معلومات صحت (Health Information Exchange): الیکا بخشی از یک ترتیب مراقبت صحت سازمان یافته است که شامل اعضای OCHIN می باشد. فهرست جاری شرکت کنندگان OCHIN در 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 بررسی های کلینیکی را برای تنظیم معیارهای بهترین عملکرد و بهره برداری از مزایای سیستم های الکترونیکی صحت هماهنگ می سازد. OCHIN همچنین به اعضا کمک می کند تا در مدیریت ارجاعات داخلی و خارجی بیماران به طور مؤثر همکاری کنند. من درک می کنم که معلومات صحت من ممکن است در صورت نیاز، برای اهداف عملیاتی مراقبت صحت، 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 می کنم که بخش رضایت نامه را خوانده ام و شرایط آن را درک کرده و می پذیرم.

Patient Signature

امضای بیمار

تاریخ

Date

امضای والدین/ سرپرست قانونی

Parent / Legal Guardian Signature

تاریخ

Date

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

اسم مریض (Patient Name):	تاریخ تولد (Date of Birth):	
ما از همه درباره ضرورت‌های صحتی تولید مثل یا باروری شان سوال می‌کنیم. (We ask everyone about their reproductive health needs) سوالات بررسی قصد حاملگی (Pregnancy Intention Screening Questions)		
آیا در حال حاضر حامله هستید؟ (Are you currently pregnant?) بلی ☐ (Yes) نخیر ☐ (No)		
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)		
آیا شما در حال حاضر شیرده هستید؟ (Are you currently breastfeeding?) بلی ☐ (Yes) نخیر ☐ (No)		
آیا می‌خواهید حامله شوید؟ (Do you want to become Pregnant?) بلی ☐ (Yes) نخیر ☐ (No) مطمئن نیستم (N/A) درست است در هر صورت ☐ (Ok either way) قابل تطبیق نیست (Unsure)		
آیا می‌خواهید امروز درباره وقایه یا جلوگیری از حاملگی صحبت کنید؟ (Do you want to talk about contraception or pregnancy prevention today?) بلی ☐ (Yes) نخیر ☐ (No)		
حساسیت‌ها به هر گونه دواها، غذا یا مواد دیگر؟ (ALLERGIES TO ANY MEDICATIONS, FOOD OR OTHER SUBSTANCES?)		
حساس به (Allergic to):	عکس‌العمل (Reaction):	شدت عکس‌العمل (Severity of Reaction):
سابقه طبی (تمام امراض و مشکلات طبی مربوطه را نشانی کنید) (MEDICAL HISTORY (Check all diseases and medical conditions that apply))		
☐ سابقه طبی ندارم (No Past Medical History)		
☐ سوءاستفاده منحبث بزرگسال (قربانی) (Abuse as Adult (victim))	☐ افسردگی (Depression)	☐ مریضی جگر (Liver disease)
☐ سوءاستفاده منحبث طفل (قربانی) (Abuse as a child (victim))	☐ مرض شکر شیرین (Diabetes mellitus)	☐ التهاب سحایا (Meningitis)
☐ حساسیت‌ها (Allergies)	☐ امفیما/ COPD (Emphysema/COPD)	☐ احتشاء میوکارد (Myocardial infarction)
☐ کم خونی (Anemia)	☐ GERD (GERD)	☐ مریضی عصبی/عضلات (Nerve/Muscle disease)

☐ اضطراب (Anxiety)	☐ گلوکوم (Glaucoma)	☐ پوکی استخوان (Osteoporosis)
☐ آرتریت / اختلال مفصل (Arthritis / Joint disorder)	☐ مریضی قلبی (Heart disease)	☐ میرگی (Seizures)
☐ نفس تنگی (Asthma)	☐ نارسایی قلبی (Heart Failure)	☐ کم خونی حصره داسی شکل (Sickle cell anemia)
☐ تزریق خون (Blood Transfusion)	☐ سوزن سوزن شدن قلب (Heart murmur)	☐ زخم معده (Stomach ulcers)
☐ سرطان (Cancer)	☐ اچ آی وی/ایدز (HIV/AIDS)	☐ سکنه مغزی (Stroke)
☐ آب مروارید (Cataracts)	☐ هایپرلیپیدمیا (Hyperlipidemia)	☐ سو مصرف مواد (Substance abuse)
☐ اختلال لخته شدن خون (Clotting disorder)	☐ فشار خون (Hypertension)	☐ مریضی توبرکلوز (TB disease)
☐ COPD (COPD)	☐ مریضی گرده (Kidney disease)	☐ مریضی تایروید (Thyroid disease)
☐ دیگر، لطفاً تشریح کنی (Other, please explain):		
سابقه جراحی (SURGICAL HISTORY)		
☐ سابقه جراحی ندارم (No Past Surgical History)		
☐ آپاندکتومی یا جراحی زیبایی (Appendectomy)	☐ جراحی زیبای (Cosmetic surgery)	☐ جراحی روده کوچک (Small intestine surgery)
☐ جراحی مغز (Brain surgery)	☐ جراحی چشم (Eye surgery)	☐ جراحی ستون فقرات (Spine surgery)
☐ جراحی سینه (Breast surgery)	☐ جراحی شکستگی (Fracture surgery)	☐ بیرون کردن عقل دندان (Third Molar Extraction)
☐ CABG (CABG)	☐ ترمیم فتق (Hernia repair)	☐ تانسیلکتومی (Tonsillectomy)
☐ کولی سیستکتومی (Cholecystectomy)	☐ تعویض مفصل (Joint replacement)	☐ تعویض وال قلب (Valve replacement)
☐ جراحی کولون (Colon surgery)	☐ جراحی پروستات (Prostate surgery)	☐ وازکتومی (Vasectomy)
☐ 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)) :	
دیگر	Other
مشکلات بینایی	Vision Problems
مرضی تیروئید	Thyroid Disease
خونکشی	Suicide
مرگ ناگهانی	Sudden Death
سکته مغزی	Stroke
مرضی شش	Lung Disease
مرضی جگر	Liver Disease
مرضی گرده	Kidney Disease
فشار خون	Hypertension
کلسترول بالا	High Cholesterol
حمله قلبی	Heart Attack
مرض شکر	Diabetes
افسردگی	Depression
سرطان	Cancer
سرطان کولون	Colon Cancer
سرطان سینه	Breast Cancer
مرضی سیستم معالویت	Autoimmune Disease
کم خونی	Anemia
مرضی آلزایمر	Alzheimer's Disease
حساسیت ها	Allergies
استفاده الکل/مواد مخدر	Alcohol/Drug Use
کدام مشکل شناخته شده ندارم	No Known Problems
رابطه (Relationship)	اسم (Name)
مادر (Mother)	
پدر (Father)	
خواهر (Sister)	
برادر (Brother)	
دختر (Daughter)	
پسر (Son)	
خاله (Maternal Aunt)	
ماما (Maternal Uncle)	
عمه (Paternal Aunt)	
کاکا (Paternal Uncle)	
مادرکلان مادری (Maternal Grandmother)	
پدیرکلان مادری (Maternal Grandfather)	
مادرکلان پدری (Paternal Grandmother)	
پدیرکلان پدری (Paternal Grandfather)	
دیگر (Other)	
سایر سابقه طببی فامیلی را در ذیل ذکر کنید (LIST ANY OTHER FAMILY MEDICAL HISTORY BELOW) :	
مرضی یا مشکل طببی (Disease or medical problem) :	عضو فامیل (Family member) :

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؟ (جوده، 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) (Never used) (Former user, quit date:)	
آیا شما یا در گذشته منظم در معرض دود سگرت بوده‌اید؟ (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 نوشیده‌اید؟ (Do you ever drink alcohol?) ☐ بله (Yes) ☐ در حال حاضر نه (Not currently) ☐ نه (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 کرده‌اید؟ (Do you currently (in the last 6 months) any recreational drugs?) ☐ بله (Yes) ☐ در حال حاضر نه (Not currently) ☐ نه (No) از کدام مواد استفاده می‌کنید؟ (Which drugs do you use?) ☐ ویپینگ (Vaping) ☐ ماری جوانا (Marijuana) ☐ مواد افیونی (فتانیل، کوداین، اوکسی، نورکو، و غیره) (Opioids (Fentanyl, Codeine, Oxy, Norco, etc)) ☐ هروئین (Heroin) ☐ مت آمفتامین (Methamphetamine) ☐ آمفتامین ها (آدرال) (Amphetamines (Adderall)) ☐ PCP ☐ خلسه (MDMA, Molly) (Ecstasy) ☐ LSD (Acid) (LSD (Acid)) ☐ کتامین (Ketamine) ☐ مسکالین (پیوته) (Mescaline (Peyote)) ☐ سیلوسایبین (سماق های جادویی، 'شروم ها) (Psiocybin (Magic Mushroom s, 'Shroom s)) ☐ کوکائین (Cocaine) ☐ کرک (Crack) ☐ اکساید نایترجن (Nitrous Oxide) ☐ محلول های استنشاقی (پوپرها و غیره) (Solvent Inhalants (Poppers, etc)) ☐ باربیتورات ها (Barbiturates) ☐ بنزودیازپین‌ها (زاناکس، آتیوان، 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) ☐ پیچ هورمونی (Hormonal Patch) ☐ کاشت (Implant) ☐ تزریق (Injection) ☐ درج ها (Inserts) ☐ I.U.D ☐ I.U.D ☐ IUS ☐ یانسی (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 جوده، مذکر/مونث -به-مونث (Transgender Female/Male-to-Female) ☐ ترانس جنر مذکر/مونث -به- مذکر (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 بوده‌اید؟ (Have you ever been pregnant?) ☐ بله (Yes) ☐ نه (No) ☐ قابل تطبیق نیست (N/A) اگر بله، در مجموع چند دفعه حامله شده‌اید؟ If yes, how many times TOTAL have you been pregnant? (Gravida) (گراویدا) - چند طفل به دنیا آوردید؟ (How many babies have you delivered?) (پارا) (Para) - چند طفلان مکمل به دنیا آمدند؟ (37 هفته یا بیشتر) (37 weeks or more) (How many babies were full term?) (مدت) (Term) - چند نوزاد نارس (کمتر از 37 هفته) بودند (How many babies were premature (less than 37 weeks) (قبل از وقت) (Preterm) - چند طفل زنده دارید؟ (How many living children do you have?) (زنده) (Living) - چند سقط جنین غیر عمدی شده‌اید؟ (How many miscarriages have you had?) (SAB) - چند سقط جنین عمدی داشته‌اید؟ (How many abortions have you had?) (IAB) آیا تا به حال عوارض حاملگی یا زایمان داشته‌اید؟ (Have you ever had any pregnancy or birth complications?) _____	

1. هر چند وقت بعد نوشیدنی حاوی الکل می‌خورید؟ How often do you have a drink containing alcohol? (0) هرگز [په 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)	6. 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)
2. 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 [په 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)	7. 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)
3. چند مرتبه در یک مناسبیت 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) هفته وار (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	8. 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) هفته وار (Weekly) (4) روزانه یا تقریباً روزانه (Daily or almost daily)
4. در طول سال گذشته، چند بار متوجه شده اید 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)	9. 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)
5. 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)	10. 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)

آزمایش بررسی سوء استفاده مواد مخدر DAST

این سوالات به 12 ماه گذشته برمی‌گردد. (These questions refer to the past 12 months.)		
1. آیا از مواد غیر از مواد ضروری به دلایل طبی استفاده کرده‌اید؟ (Have you used drugs other than those required for medical reasons?)	☐ بلی (Yes)	☐ نخیر (No)
2. آیا در آن زمان بیش از یک موادمخدر مصرف می‌کنید؟ (Do you abuse more than one drug at the time?)	☐ بلی (Yes)	☐ نخیر (No)
3. آیا همیشه می‌توانید زمانی که بخواهید استفاده مواد مخدر را متوقف کنید؟ (اگر هرگز مواد مخدر استفاده نکردید، جواب بدهید "بلی".) (Are you always able to stop using drugs when you want to? (If never used drugs, answer "Yes.")	☐ بلی (Yes)	☐ نخیر (No)
4. آیا در نتیجه مصرف مواد مخدر دچار «بی‌هوشی» یا «فلش بک» شده‌اید؟ (Have you had "blackouts" or "flashbacks" as a result of drugs?)	☐ بلی (Yes)	☐ نخیر (No)
5. آیا تا به حال بابت مصرف موادمخدر احساس بد یا گناه می‌کنید؟ اگر تا هنوز هیچ موادمخدر استفاده نکردید، انتخاب کنید "نخیر". (Do you ever feel bad or guilty about your drug use? If never use drugs, choose "No.")	☐ بلی (Yes)	☐ نخیر (No)
6. آیا همسر (یا والدین) شما تا به حال از درگیر بودن شما با موادمخدر شکایت می‌کنند؟ (Does your spouse (or parents) ever complain about your involvement with drugs?)	☐ بلی (Yes)	☐ نخیر (No)
7. آیا به خاطر مصرف موادمخدر از فامیل خود غافل شده‌اید؟ (Have you neglected your family because of your use of drugs?)	☐ بلی (Yes)	☐ نخیر (No)

☐ بلای (Yes)	☐ نخیر (No)	تولد شده یا مسافر اخیر در ساحه پر شیوع (به نوار کناری جدول برای لست کشورها مراجعه کنید) (Born in or recent traveler to high prevalence area (see flowsheet sidebar for country list))
☐ بلای (Yes)	☐ نخیر (No)	رادیوگرافی سینه با تغییرات فایبروتیک که نشان دهنده تویرکلوز غیرفعال یا گذشته است (Chest radiographs with fibrotic changes suggesting inactive or past TB)
☐ بلای (Yes)	☐ نخیر (No)	عفونت اچ آی وی (HIV infection)
☐ بلای (Yes)	☐ نخیر (No)	گیرنده پیوند عضو (Organ transplant recipient)
☐ بلای (Yes)	☐ نخیر (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 - α (Immunosuppression secondary to use of prednisone (equivalent of > or = 15mg/day for > or = 1 month) or other immunosuppressive medication such as TNF - α antagonist)
☐ بلای (Yes)	☐ نخیر (No)	مصرف کننده مواد مخدر تزریقی (Injection drug user)
☐ بلای (Yes)	☐ نخیر (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))
☐ بلای (Yes)	☐ نخیر (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 if 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))
نشانه‌ها/علائم تویرکلوز (Signs/Symptoms of TB) ☐ سرفه دوامدار (Cough lasting) ☐ تب دوامدار (Persistent fever) ☐ کاهش وزن بی دلیل (Unexplained weight loss) ☐ از دست دادن اشتها (Loss of appetite) ☐ عرق دوامدار (Persistent sweats) ☐ خستگی مزمن (Chronic fatigue) ☐ لرزه (Chills) ☐ سرفه کردن خون (Coughing up blood) ☐ نفس تنگی (Shortness of breath) ☐ درد سینه (Chest pain) ☐ هیچکدام (None)		

تاریخچه اجتماعی (PRAPARE) SOCIAL HISTORY (PRAPARE)	
آخرین درجه تحصیلی یا تعلیمی‌تان چیست؟ (What is the highest grade or year of school you completed?) ☐ هرگز مکتب نرفته‌ام یا صرف دوره کودکان را مکمل کرده‌ام (Never attended school or only attended kindergarten) ☐ ☐ صنف 1 الی 8 (ابتدائیه (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 هوتل، در یک پناهگاه، زندگی در بیرون در سرک‌ها، در ساحل، 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?) ☐ بلای، من را از وقت ملاقات‌های طبی یا دریافت داروها و باز داشته است (Yes, it has kept me from medical appointments or getting medications) ☐ بلای، 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) ☐ نخیر (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 تلیفون، 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)

☐ (No) نخیر	☐ (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) :		
☐ (No) نخیر	☐ (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?)
☐ (No) نخیر	☐ (Yes) بلی	4. آیا از بیس فسفونیت استفاده کرده‌اید؟ (Have you taken bisphosphonates?)

حساسیت‌ها و عکس العمل‌ها

(ALLERGIES AND REACTIONS)

☐ (No) نخیر	☐ (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)
☐ (No) نخیر	☐ (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)
☐ (No) نخیر	☐ (Yes) بلی	آیا در برابر اکساید نایتروج حساسیت دارید؟ اگر بلی، لطفاً عکس العمل را توضیح دهید. (Are you allergic to Nitrous oxide? If yes, please explain the reaction)

درخواست برنامه تخفیف خدمات صحتی بر اساس درآمد

(SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM APPLICATION (DARI))

Patient's Name: اسم مریض	MRN: نمبر ریکارد طبی	Today's Date (month/day/year) تاریخ امروز (ماه/روز/سال)
--	--	--

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	Age	Income Amount	# Hours Worked (per week)	Pay Frequency
		رابطه	سن و سال	مقدار درآمد	تعداد ساعات کار در هفته	تناوب پرداخت
		self				☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه

آیا منبع درآمد دیگری دارید که در بالا ذکر نشده است؟ اگر بله، لطفاً 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 می کنم که واجد شرایط بودن من برای برنامه هزینه کشویی را بر اساس اطلاعاتی که ارائه کرده ام تعیین کنند. همچنین می دانم که اگر معلوماتی که ارائه می دهم نادرست باشد، مسئولیت تمام خدمات را با هزینه کامل بر عهده خواهم داشت. در امضای این برنامه، تأیید می کنم که معلومات ارائه شده در بالا تا جایی که می دانم درست و صحیح است. من درک می کنم 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)

- Household Income verified: ☐ Yes ☐ No (Patient will provide) ☐ No (Self-Declaration Form)
- If "No," date documents due: _____. Date documents provided: _____.
- SFDP Level: ☐ Slide A (< 100%) ☐ Slide B (101 - 124%) ☐ Slide C (125 - 149%)
☐ Slide D (150 - 174%) ☐ Slide E (175 - 200%) ☐ Full Fee (> 200%)
- SFDP Expires: _____

Verified by: _____ Date: _____

Social Care Referral: ☐ Yes ☐ No Date: _____

(Today's Date (month/day/year تاریخ امروز (ماه/روز/سال)	MRN: نمبر ریکارد طبی	Patient's Name: اسم مریض
--	------------------------------------	--

در صورت نداشتن پشتوانه مالی و یا سند درآمد خود می توانید با پر کردن این فرم به ما اطلاع دهید
 برای تایید خود، لطفاً یکی از گزینه های زیر را انتخاب کنید و در پایین امضا کنید
 من گواهی میدهم که هیچ راه دیگری برای ثبت درآمد خود ندارم. این بخاطر این است که

I am paid in cash. I do not get paychecks/pay stubs.

☐ به من پول نقد پرداخت می شود. من چیک/مشتري دریافت نمی كن

I am unable to provide any proof of income because neither I nor any other member of my household has any source of income.

☐ من قادر به ارائه هیچ اسناد برای درآمد نیستم زیرا نه من و نه هیچ یک از اعضای خانواده ام هیچ منبع درآمدی نداریم

من گواهی میدهم که هیچ راه دیگری برای ثبت درآمد خود ندارم. تأیید می کنم که اطلاعات فوق تا آنجایی که من می دانم درست و صحیح است. من متوجه هستم که اگر اطلاعاتی که ارائه می دهم نادرست باشد، از کمک مالی خودداری می کنم و مسئولیت خدمات ارائه شده را بر عهده خواهم داشت و انتظار می رود هزینه آن را بپردازم

Patient/Legal Guardian Name (Print)
 (نام بیمار/ سرپرست قانونی (چاپ

Relationship to Patient of Individual Signing Form
 (For example, patient, parent, guardian)

فرم امضای ارتباط با بیمار
 (به عنوان مثال، بیمار، والدین، سرپرست)

Patient/Legal Guardian Signature
 امضای بیمار/سرپرست قانونی

Date تاریخ

VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)

I certify that I asked the applicant/recipient about all the sources of income received by the household and, before using this form, used my best efforts to obtain other possible sources of documentation. The information reported on this form was provided solely by the applicant/recipient and reflects the income the applicant reported to me.

Employee's Signature: _____ Date: _____