

ثبت نام مریض
PATIENT REGISTRATION
(DARI)

نام ترجیحی (Preferred Name)		تاریخ امروز (ماه/روز/سال) (Date)	
تخلص (Last Name)		نام اول (First Name)	
تاریخ تولد (ماه/روز/سال) (Date of Birth)		شماره بیمه اجتماعی (Social Security Number)	
آدرس خانه (Home Address)			
شهر (City)	ایالت (State)	کود پستی (Zip Code)	
شماره تلفون (Phone Number)		شماره تلفون بدیل (Alternate Phone Number)	
ایمیل آدرس (Email Address)			
جنس قانونی (Legal Sex) مونث (Female) ☐ مذکر (Male) ☐ غیرباینری (Nonbinary) ☐ نامعلوم ☐ X ☐			
هویت جنسیتی (Gender Identity) مونث (Female) ☐ مذکر (Male) ☐ فرآجنسیتی مذکر/فرآجنسیتی مرد (FTM) Transgender Male/Trans Man/FTM ☐ فرآجنسیتی مونث/فرآجنسیتی زن (MTF) Transgender Female/Trans Woman/MTF ☐ غیرباینری/جنس فروشنده (Non-Binary/Genderqueer) ☐ در حال جستجو (Questioning) ☐ دو روحه (Two Spirit) ☐ دیگرا (Other) ☐		گرایش جنسی (Sexual Orientation) مستقیم یا دگرجنسگرا ☐ همجنس باز زن (Lesbian) ☐ همجنس باز مرد (Gay) ☐ دو جنسیت (Bisexual) ☐ بدون جنس (Asexual) ☐ همه جنسیت (Omnisexual) ☐ فرآ جنسیت (Pansexual) ☐ کویر (Queer) ☐ چیز دیگری (Something Else) ☐ نامی دانم (Don't Know) ☐ نمی خواهم افشاء کنم / رد کردن (Choose Not to Disclose / Decline) ☐	
جنس تعیین شده مریض وقت تولد (Sex Assigned at Birth) مونث (Female) ☐ مذکر (Male) ☐ دو جنسه (Intersex) ☐ نامعلوم (Unknown) ☐ در کارت تولد ذکر نشده است (Not Recorded on Birth Certificate) ☐ نمی خواهم افشاء کنم (Choose not to disclose) ☐			
حالت مدنی (Marital Status) مجرد (Single) ☐ شریک (Partnered) ☐ متأهل (Married) ☐ طلاق شده (Divorced) ☐ جدانشده (Separated) ☐ بیوه (Widowed) ☐			
قومیت شما چیست؟ (Ethnicity) غیر اسپانیایی، لاتین / یا دارای اصلیت اسپانیایی (Not Hispanic, Latino/a or Spanish Origin) ☐ مکسیکویی (Mexican) ☐ مکسیکویی آمریکایی (Mexican American) ☐ چیکانو (Chicano) ☐ پورتوریکویی (Puerto Rican) ☐ کوبایی (Cuban) ☐ سایر اصلیت اسپانیایی، لاتین / یا اسپانیایی (Other Hispanic, Latino/a or Spanish Origin) ☐ گزارش نشده/نمی خواهم قومیت خود را افشاء کنم (Unreported / Choose Not to Disclose Ethnicity) ☐			
نژاد یا پس منظر خانواده بیولوژیکی شما چیست؟ (تمام موارد قابل تطبیق را نشانی کنید) (Race or biological family background) سرخ پوست آمریکایی (American Indian) ☐ بومی الاسکا (Alaska Native) ☐ سیاه پوست یا آفریقایی آمریکایی (Black or African American) ☐ بومی هاوایی (Native Hawaiian) ☐ سایر باشندده جزیره های اقیانوس آرام (Other Pacific Islander) ☐ گوامانی یا چامورو (Guamanian or Chamorro) ☐ وابسته به ساموایی (Samoan) ☐ سفید پوست (White) ☐ هندی آسیایی (Asian Indian) ☐ چینیایی (Chinese) ☐ فیلیپینی (Filipino) ☐ جاپانی (Japanese) ☐ کوریایی (Korean) ☐ ویتنامی (Vietnamese) ☐ دیگر آسیایی (Other Asian) ☐ نژاد دیگر (Other Race) ☐ نامعلوم (Unknown) ☐ گزارش نشده/نمی خواهم افشاء کنم (Unreported/Choose Not to Disclose) ☐			
تماس اضطراری (Emergency Contact) اسم (Name) شماره تلفون (Phone Number) قرابت با مریض (Relationship) نام (Name) تاریخ تولد (DOB) قرابت با مریض (Relationship to Patient) شهر (City) کود پستی (State) ایالت (ZIP Code) شماره تلفون (Phone Number) نشر معلومات صحی (Release Medical Information) ☐ بلی (Yes) ☐ نخیر (No) ☐			
آیا بی خانمانی را تجربه می کنید؟ (Homelessness Status) بلی (Yes) ☐ نخیر (بی خانه نیستم) (No) ☐ در حال حاضر بی خانه نیستم (در 12 ماه گذشته بودم) (Currently not Homeless) ☐ اگر بلی، لطفاً یکی (1) را در ذیل انتخاب کنید زندگی در سرپناه (سرپناه بی خانمان) (Living in Shelter (Homeless Shelter) ☐ مسکن انتقالی (Transitional Housing) ☐ زندگی با دیگران (یکجایی) (Living with Others) ☐ سرک، کمپ، پل (Street, Camp, Bridge) ☐ بی خانمان نامعلوم سرپناه (Homeless Unknown Shelter) ☐ مسکن حامی دایمی (Permanent Supportive Housing) ☐			

☐ هتل یک نفره (دیگر) (Single Occupancy Hotel (Other))		☐ در خطر بی خانمانی (At Risk for Homelessness)	
☐ در خطر بی خانمانی (طفل) (At Risk for Homelessness (Child))		☐ در خطر بی خانمانی (کهنه سرباز) (At Risk for Homelessness (Veteran))	
ایا شما یک مهاجر/ کارگر فصلی هستید؟ (Migrant / Seasonal Worker)			
☐ فصلی (Seasonal)		☐ هیچکدام (Neither)	
استخدام (Employment)			
☐ تمام وقت (Full time)		☐ نیمه وقت (Part time)	
☐ بیکار (Unemployed)			
وضعیت استخدام (Employment Status)		به ترجمان شفاهی نیاز دارید؟ (یکی را حلقه کنید)	
☐ بله (Yes)		☐ خیر (No)	
☐ بله (Yes)		☐ خیر (No)	
☐ خوب نیست (Not Good)		☐ هیچ روان نیستم (Not at All)	
مهارت انگلیسی (یکی را حلقه کنید) (English Fluency)		☐ عالی (Excellent)	
☐ بسیار خوب (Very Good)		☐ خوب (Good)	
زبان تحریری (Preferred Written Language)		زبان تقریری (Preferred Language Spoken)	

آیا در جریان وقت ملاقات به کمک نیاز دارید؟ (Would you like assistance during your appointment)	
☐ بله، حمایت بخاطر بینایی کم یا کوری. (Yes, support for Low Vision or Blindness)	
☐ بله، مشکل شنوایی. (Yes, Hard of hearing)	
☐ بله کمک در قسمت حرکت (لطفاً تشریح کنید) (Yes, Mobility Assistance (please describe))	
☐ بله، دیگر (لطفاً تشریح کنید) (Yes, other (please describe))	
حالت سربازی/عسکری/متقاعد (Veteran / Military Status)	
☐ بله، وظیفه بر حال (Yes)	
☐ خیر، سوابق قبلی (No, I am not a veteran (or served in the military))	
دیموگرافی اضافی (Additional Demographics)	
کشور اصلی (Country of Origin)	
کارت هویت/ جواز رانندگی (ID/Driver License)	
تاریخ انقضاء (Expiration Date)	

ضامن بیمه (Insurance Guarantor)	
☐ خودم (Self)	
☐ برای اطفال - اسم والدین یا سرپرست قانونی (For children - name of parent or legal guardian)	
روز تولد (ماه/روز/سال) (Day of Birth (month/day/year))	
آدرس (اگر متفاوت از مریض باشد) (Address (if different from patient's))	
شهر (City)	
کود (State)	
پستی ایالت (ZIP Code)	
قرابت با مریض (Relationship to Patient)	
تعداد اعضای خانواده شما (شما و وابستگانتان) (Total number of people in your household (you and your dependents))	
درآمد خانواده شما قبل از وضع مالیه چقدر است \$ (What is your household income before taxes)	
☐ ماهوار (Monthly)	
☐ سالانه (Yearly)	
☐ نمی خواهم افشاء کنم (Choose Not to Disclose)	

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

چگونه از ما می خواهید تا با شما تماس بگیریم (How do you want us to contact you)			
ترجیحات ارتباطات (یکی را حلقه کنید) ((Communication Preferences (Circle One)))			
چگونه می خواهید برای وقت ملاقات ها با شما تماس گرفته شود (How would you like to be contacted for Appointments)			
تلفون (Phone)	پیام کتبی (Text)	ایمیل (Email)	پست (Mail)
تلفون (Phone)	پیام کتبی (Text)	ایمیل (Email)	پست (Mail)
تلفون (Phone)	پیام کتبی (Text)	ایمیل (Email)	پست (Mail)
تلفون (Phone)	پیام کتبی (Text)	ایمیل (Email)	پست (Mail)
بخاطر سوالات/نتایج مراقبت صحتی (Healthcare Questions/Results)			
بخاطر پیام ها از دکتر شما (Messages from your provider)			

شماره آی دی عضو (Medicare Member ID Number) _____ تاریخ اجراء (Effective Date) _____

شماره آی دی عضو (Medicaid Member ID Number) _____ تاریخ اجراء (Effective Date) _____

1. کارت بیمه و آی دی CA خود را به کارمند پذیرش بدهید تا بخاطر چارت تان کپی کند (Give receptionist your insurance card and CA ID to copy for your chart)

2. درخواستی میزان فقر فدرال و ثبوت درآمد برای مقیاس چرخشی (در صورت پرداخت خودی) را ارایه کنید

(Turn in Federal poverty level application and proof of income for sliding scale) (if self-pay)

3. کارمند پذیرش اسناد شما را به چارت تان اسکن می کند. (Receptionist will scan your documents into your chart)

معلومات گروپ بیمه (Insurance Group Info)

Nivano ☐

River City Medical Group ☐

Partnership Health ☐

Hill Physicians ☐

Molina ☐

دیگر (Other) ☐

(نام گروپ مانند Well Space)

Name of group i.e; WellSpace,)

(One Community, CHCN, Kaiser, و غیره.)

(One Community, CHCN, Kaiser, etc)

اسم بیمه (Anthem, Aetna, HealthNet, و غیره.)

_____ (Insurance Name)

_____ (Insurance Member ID) آی دی عضو بیمه

_____ (Subscriber / Member Name on Card) اسم اشتراک کننده/عضو در کارت

_____ (Subscriber DOB) تاریخ تولد اشتراک کننده

_____ (Effective Date) تاریخ اجراء

اظهار می نمایم که به اطلاع از مجازات کذب، تمام معلومات فوق با نهایت اطلاعاتی که دارم صحیح و درست است

(I declare under penalty of perjury that the above information is true and correct to the best of my knowledge)

_____ تاریخ (DATE)

_____ امضای مریض (PATIENT SIGNATURE)

تداوی: من به تداوی که توسط ارایه دهندگان مراکز صحتی (EHC) (Elica) و همچنین همکاران آنها و سایر کارمندان EHC ارایه می شود، رضایت می دهم. من درک می کنم که یک سوابق صحتی توسط کلینیک در مورد من تهیه و نگهداری می شود، و من حق دارم با امضای فرم اجازه مجوز سوابق صحتی که توسط کلینیک برای این منظور تهیه شده است، یک کاپی از سوابق صحتی خود را بدست آورم.

محصلین/اسکنین: من درک می کنم که EHC در آموزش محصلین در مراقبت های صحتی شرکت می کند. من هر زمانی می توانم مشارکت آنها در مراقبت ام را رد کنم.

تداوی از راه دور: من در صورت لزوم و اگر از نظر کلینیکی مناسب باشد برای تبادل اطلاعات صحتی بین من و ارایه دهنده یا بین یک ارایه دهنده و یک ارایه دهنده دیگر، از دریافت مراقبت از طریق تلفون، پورتل تداوی از راه دور یا مریض رضایت می دهم.

تعیین مزایا: من اجازه پرداخت مستقیم به EHC از مزایایی را می دهم که در غیر این صورت به من پرداخت می شود اما از هزینه های منظم EHC برای این خدمات تجاوز نکنند. من درک می کنم که من از نظر مالی در قبال EHC به دلیل هرگونه هزینه ای که تحت پوشش بیمه من نیست، از جمله بیالانس هزینه های من پس از اعمال هرگونه تخفیف، مسئولیت مالی دارم.

موافقت مالی: من موافقت می کنم که تمام هزینه های را که توسط بیمه یا شخص ثالث قابل پرداخت نیست پرداخت کنم. من موافقم که از شرایط و ضوابط پالیسی مجموعه EHC پیروی کنم. مراکز صحتی Elica یک کلینیک رایگان نیست و عدم انجام مسئولیت مالی شما در قبال ما یا موافقت با تقسیم اوقات پرداخت ممکن است منجر به مرخصی مالی شما از خدمات ما شود. مطابق با پالیسی مجموعه EHC، EHC ممکن است تصمیم بگیرد که رابطه خود را با هر مریض که از این موافقت نامه مالی پیروی نمی کند، فسخ کند.

انتخاب رایگان دواخانه مریض (همانطور که وزارت صحت و خدمات بشری ایالات متحده، مدیریت منابع و خدمات (HRSA) و ایالت کلیفورنیا) لازم است، من بدینوسیله تصدیق می کنم که من در انتخاب دواخانه آزاد هستم. هرگونه انتقال نسخه های من از طریق فکس یا بشکل الکترونیکی باید به آن دواخانه یا دواخانه عمومی باشد که من انتخاب می کنم. اگر من از طریق یک برنامه دواخانه رایگان یا تخفیف واجد شرایط برای دواها باشم، به یک دواخانه عمومی یا داروخانه خاص راهنمایی می شوم. Elica دواهای رایگان یا دارای تخفیف در دواخانه های با قرارداد مشخص دارد. اگر من تصمیم به استفاده از دواخانه قراردادی نگیرم، ممکن است این نسخه را در یک دواخانه دیگر با قیمت بدون تخفیف اخذ کنم.

اطلاعیه روش های حریم خصوصی: با امضای این فرم، من دریافت اطلاعیه کلینیک در مورد روش های حریم خصوصی را تصدیق می کنم.

اعتبار رضایت: من درک می کنم که این رضایت تا زمانی که من یک مریض یا سرپرست قانونی مریض در مراکز بهداشتی Elica هستم مدار اعتبار خواهد بود. من حق دارم تا هر زمانی این رضایت را پس بگیرم. اگر تصمیم به چنین کاری گرفتم، باید بشکل کتبی پس گرفتن رضایت خود را به کلینیک ارایه کنم. پس گرفتن رضایت فقط پس از دریافت آن اعمال می شود، و به هیچ معلوماتی که قبلاً رضایت داده ام، نیست.

عکس ها: من رضایت می دهم که از من یا فرزندم (یا شخصی که من سرپرست قانونی وی هستم) از من یا فرزندم عکس گرفته شود. من درک می کنم که معلومات فقط برای سوابق صحتی من برای اهداف شناسایی استفاده می شود.

مراکز صحتی Elica بخشی از یک ترتیب مراقبت های صحتی سازمان یافته از جمله شرکت کنندگان در OCHIN است. یک لیست فعلی شرکت کنندگان OCHIN به این آدرس www.ochin.org موجود است. OCHIN به عنوان یک همکار تجاری در مراکز صحتی Elica، به نمایندگی از شرکت کنندگان خود دخیل در فعالیت های ارزیابی کیفیت و بهبود است. به عنوان مثال، Ochin فعالیت های بررسی کلینیکی را به نمایندگی از سازمان های شرکت کننده برای تعیین بهترین معیارهای عملی و دسترسی به مزایای کلینیکی که ممکن است از استفاده از سیستم های ضبط الکترونیکی صحتی حاصل شود، هماهنگ می کند. OCHIN همچنین به شرکت کنندگان کمک می کند تا به طور مشترک برای بهبود مدیریت ارجاع های داخلی و خارجی مریض کار کنند. معلومات صحتی شما ممکن است توسط مراکز صحتی ELICA با سایر شرکت کنندگان Ochin به اشتراک گذاشته شود، در صورت لزوم برای اهداف فعالیت مراقبت صحتی سازمان، که ترتیب مراقبت صحتی است.

با امضاء نمودن در ذیل، من تایید می کنم که معلومات ارایه شده در فرم ثبت نام مریض در حد دانش من درست و صحت است و من بخش رضایت را خوانده ام و شرایط آن را درک و قبول می کنم.

اسم واضح مریض

قرابت فرد امضاء کننده فرم با مریض
(برای مثال، مریض، والدین، سرپرست)

تاریخ

امضای والدین/سرپرست

تاریخ

شاهد (کارمند کلینیک) (Witness/Translator Signature)

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 شما 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):
_____ _____ _____	☐ آنافیلاکسی (Anaphylaxis) ☐ ورم (Hives) ☐ دانه (Rash) ☐ ورم (Swelling) ☐ دل‌بیدی/استفراغ (Nausea/vomiting) ☐ دیگر (Other): _____	☐ پائین (Low) ☐ متوسط (Medium) ☐ بلند (High)
_____ _____ _____	☐ آنافیلاکسی (Anaphylaxis) ☐ ورم (Hives) ☐ دانه (Rash) ☐ ورم (Swelling) ☐ دل‌بیدی/استفراغ (Nausea/vomiting) ☐ دیگر (Other): _____	☐ پائین (Low) ☐ متوسط (Medium) ☐ بلند (High)
_____ _____ _____	☐ آنافیلاکسی (Anaphylaxis) ☐ ورم (Hives) ☐ دانه (Rash) ☐ ورم (Swelling) ☐ دل‌بیدی/استفراغ (Nausea/vomiting) ☐ دیگر (Other): _____	☐ پائین (Low) ☐ متوسط (Medium) ☐ بلند (High)
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 سحايا (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/ایز (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):		

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:

بلی- هر روز

بلی- بعضی روزها

(Never used)

(Former user, quit date:)

(Yes - every day)

(Yes - some days)

اگر بلی، 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:

بلی- هر روز

بلی- 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

بلی

(Never used)

(Former user, quit date:)

(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

گذشته

حال

(Never)

(Past)

(Current)

مصرف الکل (ALCOHOL INTAKE)

آیا گاهی الکل نوشیده اید؟ (Do you ever drink alcohol?)

بلی

در حال حاضر نه

نخیر

(Yes)

(Not currently)

(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?)

بلی

در حال حاضر نه

نخیر

(Yes)

(Not currently)

(No)

از کدام مواد استفاده می کنید؟ (Which drugs do you use?)

وپیینگ (Vaping)

ماری جوانا (Marijuana)

مواد افیونی (فتانیل، کوداین، اوکسی، نورکو، و غیره) (Opioids (Fentanyl, Codeine, Oxy, Norco, etc))

هیروئین (Heroin)

مت آمفتامین (Methamphetamine)

آمفتامین ها (آدرال) (Amphetamines (Adderall))

PCP

خلسه (MDMA, Molly)

مولی (Ecstasy (MDMA, Molly))

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):

بلی

در حال حاضر نه

هرگز

(Yes)

(Not Currently)

(Never)

کنترل/حفاظت از حاملگی (Birth Control / Protection):

پر هیز (Abstinence)

کلاهک دهانه رحم (Cervical Cap)

کاندوم (Condom)

دیافراگم (Diaphragm)

روش آگاهی از باروری (Fertility Awareness Method)

پچ 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)

واژکتومی (Vasectomy)

انصراف (Withdrawal)

هیچکدام (None)

شرکا (Partners):

مذکر (Male)

مونث (Female)

ترانس جونده، مذکر/مونث جیسمونث (Transgender Female/Male-to-Female)

ترانس جندر مذکر/مونث جیبه - مذکر (Transgender Male /Female-to-Male)

غیرباینری / جندر کوئر (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?)

بلی

نخیر

قابل تطبیق نیست (N/A)

(Yes)

(No)

(N/A)

اگر بلی، در مجموع چند دفعه حامله شده اید؟ If yes, how many times TOTAL have you been pregnant?

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

(پارا) (Para)

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

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 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?)

سابقه صحتی بزرگسال. جولای 2023 | صفحه 4

Adult Health History. July 2023 | Page 4

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) 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	8. چند بار در طول سال گذشته، به دلیل مصرف مشروبات الکولی، نتوانسته‌اید اتفاقات شب قبل را به خاطر بیاورید؟ 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)
4. 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)	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) خیر (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) خیر (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)	☐ خیر (No)
2. آیا در آن زمان بیش از یک موادمخدر مصرف می‌کنید؟ (Do you abuse more than one drug at the time?)	☐ بلی (Yes)	☐ خیر (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)	☐ خیر (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)	☐ خیر (No)
5. آیا تا به حال بابت مصرف مواد مخدر احساس بد یا گناه می‌کنید؟ اگر تا هنوز هیچ مواد مخدر استفاده نکردید، انتخاب کنید "خیر". (Do you ever feel bad or guilty about your drug use? If never use drugs, choose "No.")	☐ بلی (Yes)	☐ خیر (No)
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?)	☐ بلی (Yes)	☐ خیر (No)
7. آیا به خاطر مصرف مواد مخدر از فامیل خود غافل شده‌اید؟ (Have you neglected your family because of your use of drugs?)	☐ بلی (Yes)	☐ خیر (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) ☐ 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)

PATIENT PRIVACY حریم خصوصی مریض



Elica Health Centers می‌خواهد همه مساعی خود را برای محافظت از معلومات صحتی خصوصی شما انجام دهد. اینکه به Elica Health Centers بگویید می‌خواهید معلومات تان را چی طور شریک سازید، اجازه HIPAA نامیده می‌شود. این فورم به ما کمک می‌کند تا بدانیم، در صورت وجود، کدام جزئیات را می‌خواهید با افراد زندگی خود شریک سازید. روانشناس با هیچ کدام مریض درباره تداوی یا مراقبت ذریعه ایمیل و/یا پیام کتبی ارتباط برقرار نمی‌کنند/نخواهند داشت.

معلومات مریض (Patient Information)			
تخلص (Last Name):	اسم (First Name):	حرف اول اسم وسط (Middle Initial):	تاریخ تولد (Date of Birth):
والدین قانونی/ قیّم/ محافظ شماره 1 (در صورت وجود): (Legal Parent/Guardian/ Conservator #1 (if applicable))		والدین قانونی/ قیّم/ محافظ شماره 2 (در صورت وجود): (Legal Parent/Guardian/ Conservator #2 (if applicable))	

ترجیحات پیام‌دهی: نوع پیام‌های که ترجیح می‌دهید 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.))			
ایمیل/پورتل (Email/Portal)	پیام کتبی (Text)	تلفون (Phone)	
☐	☐	☐	تمام موارد ذیل (All of the below)
☐	☐	☐	اطلاعه‌های صحتی (مانند نتایج لابراتوار یا آزمایش) (Health Notifications (such as lab or test results))
☐	☐	☐	یادآوری‌های وقت ملاقات داکتر (Appointment Reminders)
☐	☐	☐	اعلانات (مانند پروگرام‌های جدید یا معلومات جامعه) (Announcements (such as new programs or community information))
☐	☐	☐	اطلاعه‌های بل (Billing Notifications)

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)	
اسم (Name):	اسم (Name):	اسم (Name):	اسم (Name):
قربایت (Relationship):	قربایت (Relationship):	قربایت (Relationship):	قربایت (Relationship):
☐ می‌توانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.)	☐ می‌توانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.)	☐ می‌توانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.)	☐ می‌توانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.)
یا (OR)	یا (OR)	یا (OR)	یا (OR)
☐ 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.)	☐ 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.)	☐ 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.)	☐ 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.)
☐ می‌توانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارایه کنیم. (We can give this person all of your test results.)	☐ می‌توانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارایه کنیم. (We can give this person all of your test results.)	☐ می‌توانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارایه کنیم. (We can give this person all of your test results.)	☐ می‌توانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارایه کنیم. (We can give this person all of your test results.)
Office Use Only فقط برای استفاده اداری		Office Use Only فقط برای استفاده اداری	
Updated by:	Effective Date:	Updated by:	Effective Date:
Updated by:	Revoke Date:	Updated by:	Revoke Date:
شخص شماره 3 (Person #3)		شخص شماره 4 (Person #4)	
اسم (Name):	اسم (Name):	اسم (Name):	اسم (Name):
قربایت (Relationship):	قربایت (Relationship):	قربایت (Relationship):	قربایت (Relationship):
☐ می‌توانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.)	☐ می‌توانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.)	☐ می‌توانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.)	☐ می‌توانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.)
یا (OR)	یا (OR)	یا (OR)	یا (OR)
☐ 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.)	☐ 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.)	☐ 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.)	☐ 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.)
☐ می‌توانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارایه کنیم. (We can give this person all of your test results.)	☐ می‌توانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارایه کنیم. (We can give this person all of your test results.)	☐ می‌توانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارایه کنیم. (We can give this person all of your test results.)	☐ می‌توانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارایه کنیم. (We can give this person all of your test results.)
Office Use Only فقط برای استفاده اداری		Office Use Only فقط برای استفاده اداری	
Updated by:	Effective Date:	Updated by:	Effective Date:
Updated by:	Revoke Date:	Updated by:	Revoke Date:

☐ من نمی‌خواهم به کسی چیزی گفته شود یا با کسی شریک ساخته شود. (I do not want ANYTHING told or shared with ANYONE)

با امضاء نمودن این فورم، دریافت اعلامیه روش‌های حفظ حریم خصوصی کلینیک را تایید می‌کنم و به مراکز صحتی Elica اجازه می‌دهم تا معلومات صحتی من را همانطور که در فوق بیان شد با افراد ذکر شده شریک سازند. By signing this form, I acknowledge receipt of the Clinic's Notice of Privacy Practices and authorize Elica Health Centers to share my health information to the listed individuals as indicated above.	
اسم چاپی مریض (Print Name of Patient)	قربایت شخص امضاء کننده این فورم با مریض (برای مثال، مریض، والدین، قیّم، مراقب) Relationship to Patient of Individual Signing Form (for example, patient, parent, guardian, caregiver)
امضای والدین/قیّم قانونی (Patient/Guardian Signature)	تاریخ (Date)
شاهد (کارمند کلینیک) (Witness (Clinic Staff Member))	تاریخ (Date)

(SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM APPLICATION: DARI)

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

شما باید برای هر عضو بالغ خانواده مدرک درآمد 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	خویشتن							☐ 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	
										☐ دستمزد ساعتی ☐ 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 سکوریٹی)، تقاعد، کمک های عمومی و غیره
 \$ _____
 (ماهانه)

Total Number of People in Your Household:

تعداد افراد خانواده شما

(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

Patient/Legal Guardian Signature: امضای بیمار/سرپرست قانونی: _____

Date: تاریخ: _____

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: _____

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

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 کن

☐ 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: _____