

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	گرایش جنسی Sexual Orientation
☐ مونث (Female) ☐ مذکر (Male) ☐ ترانجسیتی مذکر/ترانجسیتی مرد (FTM) Transgender Male/Trans Man/FTM ☐ ترانجسیتی مونث/ترانجسیتی 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)	☐ مستقیم یا دگرجنسگرا (Straight or Heterosexual) ☐ همجنس باز زن (Lesbian) ☐ همجنس باز مرد (Gay) ☐ دو جنسیت (Bisexual) ☐ بدون جنس (Asexual) ☐ همه جنسیت (Omnisexual) ☐ فرا جنسیت (Pansexual) ☐ کویر (Queer) ☐ چیزی دیگری (Something Else) ☐ نمی‌دانم (Don't Know) ☐ نمی‌خواهم افشاء کنم / رد کردن (Decline) Choose Not to Disclose / (Decline)
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	
☐ اصلالتا 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) ☐ اصلالتا سایر اسپانیایی زبانها، لاتین یا اسپانیایی تبارها (Other Hispanic, Latino/a or Spanish Origin) ☐ گزارش نشده/عدم افشاء 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 ☐ نمی‌دانم 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 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 (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

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

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

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

رابطه با بیمار

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

☐ هفته وار
Weekly

☐ 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..

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
Parent / Legal Guardian Signature

تاریخ
Date

Consents & Acknowledgements

رضایت ها و تصدیق ها

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 اجازه‌نامه 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 بتواند مستقیماً ادعاهای بیمه را ثبت نموده و پرداخت‌ها را از شرکت بیمه دریافت کند. 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 باشیم، 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) 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 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 بهربرداری 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 به روز 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)		
تخلص (Last Name):	اسم (First Name):	وسط اسم اول حرف (Middle Initial):
تولد تاریخ (Date of Birth):		

Communication Preferences: Type of communication you prefer and what we can share (data rates may apply)					
ترجیحات ارتباطی: نوع ارتباطی که ترجیح می دهید و معلوماتی که می توانیم با شما شریک سازیم (ممکن است هزینه پیام یا مصرف اینترنت تطبیق شود)					
پورتال مریض	ایمیل	پیام کتبی	تلفون	مکتوب	
					کارهای لازم / وظایف To Do
					اخبار و اطلاعیه ها / News and Announcements
					پرسش نامه ها / Questionnaires
					مدیریت حساب / Account Management
					خدمات صحی از راه دور / Telehealth
					نوبت ها / قرار ملاقات ها / Appointments
					صورتحساب ها / مالی / Billing
					صحت / Health
					پیام ها / Messages
					سایر ارتباطات / Other Communication

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 نام و تخلص (First and Last Name): قربان (Relationship): ☐ مادر / Mother ☐ پدر / Father ☐ دختر / Daughter ☐ پسر / Son ☐ خواهر / Sister ☐ برادر / Brother ☐ عمه / Aunt ☐ عمو / Uncle ☐ همسر (زن) / Wife ☐ همسر (شوهر) / Husband ☐ شریک / Partner ☐ سرپرست قانونی / Guardian ☐ دیگر: Other / _____ میتوانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.) یا (OR) ☐ میتوانیم نوت های 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.	شخص شماره 2 نام و تخلص (First and Last Name): قربان (Relationship): ☐ مادر / Mother ☐ پدر / Father ☐ دختر / Daughter ☐ پسر / Son ☐ خواهر / Sister ☐ برادر / Brother ☐ عمه / Aunt ☐ عمو / Uncle ☐ همسر (زن) / Wife ☐ همسر (شوهر) / Husband ☐ شریک / Partner ☐ سرپرست قانونی / Guardian ☐ دیگر: Other / _____ میتوانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.) یا (OR) ☐ میتوانیم نوت های 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.
شخص شماره 3 نام و تخلص (First and Last Name): قربان (Relationship): ☐ مادر / Mother ☐ پدر / Father ☐ دختر / Daughter ☐ پسر / Son ☐ خواهر / Sister ☐ برادر / Brother ☐ عمه / Aunt ☐ عمو / Uncle ☐ همسر (زن) / Wife ☐ همسر (شوهر) / Husband ☐ شریک / Partner ☐ سرپرست قانونی / Guardian ☐ دیگر: Other / _____ میتوانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.) یا (OR) ☐ میتوانیم نوت های 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.	شخص شماره 4 نام و تخلص (First and Last Name): قربان (Relationship): ☐ مادر / Mother ☐ پدر / Father ☐ دختر / Daughter ☐ پسر / Son ☐ خواهر / Sister ☐ برادر / Brother ☐ عمه / Aunt ☐ عمو / Uncle ☐ همسر (زن) / Wife ☐ همسر (شوهر) / Husband ☐ شریک / Partner ☐ سرپرست قانونی / Guardian ☐ دیگر: Other / _____ میتوانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.) یا (OR) ☐ میتوانیم نوت های 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.

☐ من نمی خواهم هیچ چیزی با هیچ کس گفته یا به اشتراک گذاشته شود.	
با امضای این فورم افشا/عدم افشا، من به مرکز صحی الیکا اجازه می دهم که معلومات صحی مرا مطابق تغییراتی که در بالا مشخص کرده ام، به روزرسانی و شریک سازد. این اجازه نامه جایگزین هرگونه اجازه نامه قبلی می شود که من برای شریک ساختن معلومات صحی محافظت شده خود ارائه کرده بودم و فقط برای معلومات و اشخاصی که در این فورم ذکر شده اند، قابل اجرا می باشد. این اجازه نامه برای شریک ساختن معلومات صحی خصوصی شما، یک سال پس از تاریخ امضای این فورم افشا/عدم افشا یا در صورت وقوع رویداد ختم کننده زیر (توضیح دهید) منقضی خواهد شد	
نام و نام خانوادگی مریض را بنویسید Print First and Last Name of Patient	رابطه با بیمار (مثلاً، خود، والدین، سرپرست) Relationship with patient (e.g., self, parent, guardian)
امضا بیمار / سرپرست قانونی Patient / Guardian Signature	تاریخ Date
OFFICE USE ONLY (فقط برای استفاده دفتر) Effective Date: _____ Updated By: _____	

سال 12 سابقه صحتی بزرگسال و اطفال دارای
 سن بیش از
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)	☐ 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):		عکس العمل (Reaction):	
		شدت عکس العمل (Severity of Reaction):	
		☐ 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)	
		☐ آنافیلاکسی (Anaphylaxis) ☐ ورم (Hives) ☐ دانه (Rash) ☐ ورم (Swelling) ☐ دل‌بیدی/استفراغ (Nausea/vomiting) ☐ دیگر (Other): _____	
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 حجره 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)	☐ سکته مغزی (Stroke)
☐ آب مروارید (Cataracts)	☐ هایپرلیپیدمیا (Hyperlipidemia)	☐ سوء مصرف مواد (Substance abuse)
☐ اختلال لخته شدن خون (Clotting disorder)	☐ فشار خون (Hypertension)	☐ مریضی توبرکلوز (TB disease)
☐ COPD (COPD)	☐ مریضی گرده (Kidney disease)	☐ مریضی تایروئید (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 معالینیت	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 (Former user, quit date:): _____ ☐ بله (Yes)	
آیا شما یا در گذشته منظم 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) ☐ 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 کرده اید؟ (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 می کنید؟ (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) ☐ بنزودیازپین ها (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 بوده اید؟ (Have you ever been pregnant?) ☐ بله (Yes) ☐ نه (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?) _____	

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 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	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 موادمخدر احساس بد یا گناه می‌کنید؟ اگر تا هنوز هیچ موادمخدر 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 موادمخدر شکایت می‌کنند؟ (Does your spouse (or parents) ever complain about your involvement with drugs?)	☐ بلی (Yes)	☐ خیر (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)	☐ خیر (No)

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

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

PHQ-9 PHQ-9				
دردِ 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?)	اصلاً نه (Not at all)	چندین روز (Several days)	بیش از نصف روز (More than half the days)	تقریباً هر روز (Nearly every day)
علاقه یا لذت کم در انجام کارها (Little interest or pleasure in doing things)	☐	☐	☐	☐
احساس ناراحتی، افسردگی یا ناامیدی (Feeling down, depressed, or hopeless)	☐	☐	☐	☐
مشکل به خواب رفتن یا در خواب ماندن، یا خواب بیش از حد (Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much)	☐	☐	☐	☐
احساس خستگی یا کم انرژی بودن (Feeling tired or having little energy)	☐	☐	☐	☐
اشتهای ضعیف یا خوراک بیش از حد (Poor appetite or overeating)	☐	☐	☐	☐
احساس بدی نسبت به خود - یا اینکه شکست خورده‌اید یا خود یا فامیلان را ناامید کرده‌اید (Feeling bad about yourself - or that you are a failure or have let yourself or your family down)	☐	☐	☐	☐
مشکل در تمرکز بالای چیزهایی مانند خواندن روزنامه یا دیدن تلویزیون (Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television)	☐	☐	☐	☐
آهسته حرکت می‌کنید یا صحبت می‌کنید که دیگران می‌توانستند متوجه شوند؟ یا برعکس - آهسته آرام یا بی قرار 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)	☐	☐	☐	☐
مفکوره مردن یا به نوعی به خودم صدمه بزنم (Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way)	☐	☐	☐	☐
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?)	اصلاً نه (Not at all)	چندین روز (Several days)	بیش از نصف روز (More than half the days)	تقریباً هر روز (Nearly every day)
1. احساس عصبانیت، اضطراب یا بی‌قراری (Feeling nervous, anxious, or on edge)	0	1	2	3
2. ناتوانی در توقف یا کنترل تشویش (Not being able to stop or control worrying)	0	1	2	3
3. تشویش داشتن بیش از حد درباره چیزهای مختلف (Worrying too much about different things)	0	1	2	3
4. داشتن مشکل در آرامش (Trouble relaxing)	0	1	2	3
5. آنقدر بی قرار بودن که به سختی می‌توان یک جا نشست (Being so restless that it is hard to sit still)	0	1	2	3
6. به راحتی آزرده خاطر یا تحریک شدن (Becoming easily annoyed or irritable)	0	1	2	3
7. احساس ترس، گویا ممکن است اتفاق وحشتناکی رخ دهد (Feeling afraid, as if something awful might happen)	0	1	2	3

ارزیابی خطر توپرکلوز TB RISK ASSESSMENT	
تماس نزدیک یا طولانی مدت اخیر با فرد مصاب به مرض توپرکلوز عفونی (Recent close or prolonged contact with someone with infectious TB disease)	☐ بلی (Yes) ☐ نخیر (No)

☐ بلّی (Yes)	☐ نخبیر (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))
☐ بلّی (Yes)	☐ نخبیر (No)	رادیوگرافی سینه با تغییرات فایبروتیک که نشان دهنده تویرکلوز غیرفعال یا گذشته است (Chest radiographs with fibrotic changes suggesting inactive or past TB)
☐ بلّی (Yes)	☐ نخبیر (No)	عفونت اچ آی وی (HIV infection)
☐ بلّی (Yes)	☐ نخبیر (No)	گیرنده پیوند عضو (Organ transplant recipient)
☐ بلّی (Yes)	☐ نخبیر (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)
☐ بلّی (Yes)	☐ نخبیر (No)	مصرف کننده مواد مخدر تزریقی (Injection drug user)
☐ بلّی (Yes)	☐ نخبیر (No)	ساکن یا کارمند محل تجمع پرخطر (مانند محبیس، مرکز مراقبت طولانی مدت، شفاخانه، سرپناه بی-خامنها) (Resident or employee of high-risk congregate setting (e.g., prison, long-term care facility, hospital, homeless shelter))
☐ بلّی (Yes)	☐ نخبیر (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) ☐ نفّس تنگی (Shortness of breath) ☐ درد سینه (Chest pain) ☐ هیچکدام (None)		
☐ خستگی مزمن (Chronic fatigue) ☐ خستگی مزمن (Chronic fatigue)		

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

ایا در حال حاضر وظیفه دارید؟ (Are you currently employed?)					بله (Yes)		خیر (No)		امتناع (Decline)	
آیا برای هر یک از موارد فوق کمک می‌خواهید؟ (Would you like assistance with any of the above items?)					بله (Yes)		خیر (No)			
نوعیت کمک (Type of assistance):										
معلومات نوشتاری (Written information)					با من تماس بگیرید (Contact me)					
بخاطر چه چیزی به کمک ضرورت دارید؟ (What do you want help with?) ☐ سواد صحی (Health Literacy) ☐ تعلیمی (Education) ☐ فشار مالی (Financial Strain) ☐ مسکن (Housing) ☐ غذا (Food) ☐ ترانسپورت (Transportation) ☐ خدمات (اب و برق) (Utilities) ☐ فعالیت‌های فیزیکی (Physical Activities) ☐ استرس (Stress) ☐ انزوا (Isolation) ☐ روابط (Relationship) ☐ وظیفه (Employment)										

آیا در حال حاضر تحت مراقبت داکتران یا مسلکی های 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: فرم 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

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

سابقه دندان (DENTAL HISTORY)

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

حساسیت ها و عکس العمل ها

ALLERGIES AND REACTIONS

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)	☐ بلی (Yes)	☐ نخیر (No)
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)	☐ بلی (Yes)	☐ نخیر (No)
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)	☐ بلی (Yes)	☐ نخیر (No)

_____ Patient / Legal Guardian Name) قرابت شخص امضاء کننده در فورم با مریض

_____ اسم مریض/ سرپرست قانونی
(Relationship to patient of Individual Signing Form)

_____ تاریخ (Date)

_____ امضای مریض/ سرپرست قانونی (Patient / Legal Guardian Signature)

PROVIDER USE ONLY

Reviewed with Patient / Guardian (Circle): YES / NO

By: _____
(Print Provider Name)

Provider Signature: _____

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)
---------------------------------	-----------------------------	---

☐ 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 تگس 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				☐ 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 سکوریته)، تقاعد، کمک های عمومی و غیره
 (ماهانه) \$ _____

Total Number of People in Your Household:

(Include yourself/spouse, children, and any taxable dependent relatives living with you)

تعداد افراد خانواده شما

(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)

- 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 (>100 - 125%) ☐ Slide C (>125 - 150%)
 ☐ Slide D (>150 - 175%) ☐ Slide E (>175 - 200%) ☐ Full Fee (> 200%)
- SFDP Expires: _____

Verified by: _____ Date: _____

Social Care Referral: ☐ Yes ☐ No Date: _____