

# راجستر مريض (ثبت نام مريض)

## PATIENT REGISTRATION (DARI)

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

### Patient Demographics جمعیت شناسی بیمار

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

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

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

زن Female  مرد Male  بینجنس 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 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

### Emergency Contact تماس اضطراری

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

**استخدام Employment**

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

زبان ترجیحی برای صحبت / Preferred Language Spoken

زبان نوشتاری ترجیحی / Preferred Written Language

مشخصات دموگرافیکی اضافی Additional Demographics

آیا شما بدون خان هستید؟ Are you experiencing homelessness?

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

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

زندگی در پناهگاه / Living in Shelter (Homeless Shelter)

خانه موقت / Transitional Housing

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

خیابان، کمپ، پل / Street, Camp, Bridge

پناهگاه بی پناه ناشناخته / Homeless Unknown Shelter

مسکن دائمی حمایتی / Permanent Supportive Housing

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

در معرض خطر فقدان منزل / At Risk for Homelessness

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

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

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

هیچ کدام / Neither  فصلی / Seasonal  مهاجر / Migrant

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

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

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

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

بله، مشکل در شنوایی

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

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

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

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

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

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

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

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

معلومات ضامن Guarantor Information

خودم / Self

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

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

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

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

**Relationship to Patient**

رابطه با بیمار

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

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

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

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 فرم درخواست کنم..

**Insurance** بیمه معلومات

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

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

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

2. اگر هزینه خدمات را خودتان پرداخت می‌کنید، لطفاً فرم 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 فرم 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** رضایت‌ها و تصدیق‌ها

رضایت‌نامه

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

**تله‌هلت (خدمات صحتی 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 صحتی 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 صحتی 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 صحتی، 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 صحتی تأثیری نخواهد داشت.

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

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

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

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

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

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

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

Patient Signature

امضای بیمار

تاریخ  
Date

امضای والدین / سرپرست قانونی  
Parent / Legal Guardian Signature

تاریخ  
Date

# فورم اجازه نامه معلومات صحی محافظت شده

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

مرکز های صحی Elica از حفاظت معلومات صحی شما اطمینان می دهد. با استفاده از این فرم **افشا/عدم افشا** به شما اجازه می دهد که نحوه به اشتراک گذاشتن معلومات صحی محافظت شده خود را 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) لطفاً معلومات خود را فقط به زبان انگلیسی بنویسید			
تخلص (Last Name):	اسم (First Name):	وسط اسم اول حرف (Middle Initial):	تولد تاریخ (Date of Birth):
والدین قانونی/ قیم/ محافظ شماره 1 (در صورت وجود): (Legal Parent/Guardian/ Conservator #1 (if applicable))		والدین قانونی/ قیم/ محافظ شماره 2 (در صورت وجود): (Legal Parent/Guardian/ Conservator #2 (if applicable))	

ترجیحات پیامدهی: نوع پیامهای که ترجیح می دهید و آنچه میتوانیم شریک سازیم را به ما بگویید. (ممکن است نرخ پیام و دیتا تطبیق شود). (Message Preferences: Tell us the type of messages you prefer and what we can share. (Messaging and data rates may apply.))			
<input type="checkbox"/> پورتال/ایمیل (Email/Portal)	<input type="checkbox"/> پیام کتبی (Text)	<input type="checkbox"/> تیلیفون (Phone)	
ذیل موارد تمام (All of the below)			
<input type="checkbox"/> آزمایش یا لابراتوار نتایج مانند (صحی اطلاعیه های (Health Notifications such as lab or test results))			
<input type="checkbox"/> یادآوریهای وقت ملاقات داکتر (Appointment Reminders)			
<input type="checkbox"/> اعلانات (مانند پروگرامهای جدید یا معلومات جامعه) (Announcements such as new programs or community information)			
<input type="checkbox"/> بل اطلاعیه های (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): _____ قرابت (Relationship): <input type="checkbox"/> مادر / Mother <input type="checkbox"/> پدر / Father <input type="checkbox"/> دختر / Daughter <input type="checkbox"/> پسر / Son <input type="checkbox"/> خواهر / Sister <input type="checkbox"/> برادر / Brother <input type="checkbox"/> عمه / Aunt <input type="checkbox"/> عمو / Uncle <input type="checkbox"/> همسر (زن) / Wife <input type="checkbox"/> همسر (شوهر) / Husband <input type="checkbox"/> شریک / Partner <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی / Guardian <input type="checkbox"/> دیگر: _____ Other: _____	اسم (Name): _____ قرابت (Relationship): <input type="checkbox"/> مادر / Mother <input type="checkbox"/> پدر / Father <input type="checkbox"/> دختر / Daughter <input type="checkbox"/> پسر / Son <input type="checkbox"/> خواهر / Sister <input type="checkbox"/> برادر / Brother <input type="checkbox"/> عمه / Aunt <input type="checkbox"/> عمو / Uncle <input type="checkbox"/> همسر (زن) / Wife <input type="checkbox"/> همسر (شوهر) / Husband <input type="checkbox"/> شریک / Partner <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی / Guardian <input type="checkbox"/> دیگر: _____ Other: _____
<input type="checkbox"/> میتوانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.) یا (OR) <input type="checkbox"/> میتوانیم نوتهای چارت امروز را در زمان بازدید به این شخص بدهیم. (We can give this person today's chart notes at the time of the visit.) <input type="checkbox"/> میتوانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارائه کنیم. (We can give this person all of your test results.)	<input type="checkbox"/> میتوانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.) یا (OR) <input type="checkbox"/> میتوانیم نوتهای چارت امروز را در زمان بازدید به این شخص بدهیم. (We can give this person today's chart notes at the time of the visit.) <input type="checkbox"/> میتوانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارائه کنیم. (We can give this person all of your test results.)
شخص شماره 3 (Person #3)	شخص شماره 4 (Person #4)
اسم (Name): _____ قرابت (Relationship): <input type="checkbox"/> مادر / Mother <input type="checkbox"/> پدر / Father <input type="checkbox"/> دختر / Daughter <input type="checkbox"/> پسر / Son <input type="checkbox"/> خواهر / Sister <input type="checkbox"/> برادر / Brother <input type="checkbox"/> عمه / Aunt <input type="checkbox"/> عمو / Uncle <input type="checkbox"/> همسر (زن) / Wife <input type="checkbox"/> همسر (شوهر) / Husband <input type="checkbox"/> شریک / Partner <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی / Guardian <input type="checkbox"/> دیگر: _____ Other: _____	اسم (Name): _____ قرابت (Relationship): <input type="checkbox"/> مادر / Mother <input type="checkbox"/> پدر / Father <input type="checkbox"/> دختر / Daughter <input type="checkbox"/> پسر / Son <input type="checkbox"/> خواهر / Sister <input type="checkbox"/> برادر / Brother <input type="checkbox"/> عمه / Aunt <input type="checkbox"/> عمو / Uncle <input type="checkbox"/> همسر (زن) / Wife <input type="checkbox"/> همسر (شوهر) / Husband <input type="checkbox"/> شریک / Partner <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی / Guardian <input type="checkbox"/> دیگر: _____ Other: _____
<input type="checkbox"/> میتوانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.) یا (OR) <input type="checkbox"/> میتوانیم نوتهای چارت امروز را در زمان بازدید به این شخص بدهیم. (We can give this person today's chart notes at the time of the visit.) <input type="checkbox"/> میتوانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارائه کنیم. (We can give this person all of your test results.)	<input type="checkbox"/> میتوانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.) یا (OR) <input type="checkbox"/> میتوانیم نوتهای چارت امروز را در زمان بازدید به این شخص بدهیم. (We can give this person today's chart notes at the time of the visit.) <input type="checkbox"/> میتوانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارائه کنیم. (We can give this person all of your test results.)

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

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

تاریخ (Date)	امضا بیمار / سرپرست قانونی (Patient / Guardian Signature)
<b>Office Use Only</b>	
Effective Date:	Updated By:

سابقه صحتی اطفال دارای سنین 0-12

**PEDIATRIC HEALTH HISTORY AGES 0-12**

تاریخ تولد (ماه/روز/سال) (Date of Birth (month/day/year))		اسم مریض (Patient Name)	
تاریخ امروز (ماه/روز/سال) (Today's Date (month/day/year))		نمبر ریکارد طبی (MRN) :	
حساسیت‌ها به هر گونه دواها، غذا یا مواد دیگر؟ (ALLERGIES TO ANY MEDICATIONS, FOOD OR OTHER SUBSTANCES?)			
شدت عکس‌العمل (Severity of Reaction) :		عکس‌العمل (Reaction) :	
<input type="checkbox"/> پائین (Low) <input type="checkbox"/> متوسط (Medium) <input type="checkbox"/> بلند (High)		<input type="checkbox"/> آنافیلاکسی (Anaphylaxis) ورم (Hives) <input type="checkbox"/> دانه (Rash) ورم (Swelling) <input type="checkbox"/> دلیدی/استفراغ (Nausea/vomiting) <input type="checkbox"/> دیگر (Other): _____	
<input type="checkbox"/> پائین (Low) <input type="checkbox"/> متوسط (Medium) <input type="checkbox"/> بلند (High)		<input type="checkbox"/> آنافیلاکسی (Anaphylaxis) ورم (Hives) <input type="checkbox"/> دانه (Rash) ورم (Swelling) <input type="checkbox"/> دلیدی/استفراغ (Nausea/vomiting) <input type="checkbox"/> دیگر (Other): _____	
<input type="checkbox"/> پائین (Low) <input type="checkbox"/> متوسط (Medium) <input type="checkbox"/> بلند (High)		<input type="checkbox"/> آنافیلاکسی (Anaphylaxis) ورم (Hives) <input type="checkbox"/> دانه (Rash) ورم (Swelling) <input type="checkbox"/> دلیدی/استفراغ (Nausea/vomiting) <input type="checkbox"/> دیگر (Other): _____	
سابقه طبی (تمام امراض و مشکلات طبی مربوطه را نشانی کنید) (MEDICAL HISTORY (Check all diseases and medical conditions that apply))			
<input type="checkbox"/> سابقه طبی ندارم No Past Medical History			
<input type="checkbox"/> کم خونی حجره داسی شکل (Sickle cell anemia)	<input type="checkbox"/> مریضی جگر (Liver disease)	<input type="checkbox"/> سکتته قلبی (Heart Failure)	<input type="checkbox"/> افسردگی (Depression)
<input type="checkbox"/> زخم معده (Stomach ulcers)	<input type="checkbox"/> التهاب سحايا (Meningitis)	<input type="checkbox"/> تپش لرزش قلب (Heart murmur)	<input type="checkbox"/> مرض شکر شیرین (Diabetes mellitus)
<input type="checkbox"/> سکتته مغزی (Stroke)	<input type="checkbox"/> احتشاء میوکارد (Myocardial infarction)	<input type="checkbox"/> اچ آی وی/ایدز HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> امفزیما/ COPD (Emphysema/COPD)
<input type="checkbox"/> سوء مصرف مواد (Substance abuse)	<input type="checkbox"/> مریضی عصبی/عضلات (Nerve/Muscle disease)	<input type="checkbox"/> هایپرلیپیدمیا (Hyperlipidemia)	<input type="checkbox"/> GERD (GERD)
<input type="checkbox"/> مریضی توبرکلوز (TB disease)	<input type="checkbox"/> پوکی استخوان (Osteoporosis)	<input type="checkbox"/> فشار خون (Hypertension)	<input type="checkbox"/> گلوکوم (Glaucoma)
<input type="checkbox"/> مریضی تائروئید (Thyroid disease)	<input type="checkbox"/> میرگی (Seizures)	<input type="checkbox"/> مریضی کرده (Kidney disease)	<input type="checkbox"/> مریضی قلبی (Heart disease)
<input type="checkbox"/> سوء استفاده منحصبت بزرگسال (قربانی) (Abuse as Adult (victim))	<input type="checkbox"/> سوء استفاده منحصبت طفل (قربانی) (Abuse as a child (victim))	<input type="checkbox"/> سوء استفاده منحصبت بزرگسال (قربانی) (Abuse as Adult (victim))	<input type="checkbox"/> سوء استفاده منحصبت طفل (قربانی) (Abuse as a child (victim))
<input type="checkbox"/> حساسیت‌ها (Allergies)	<input type="checkbox"/> کم خونی (Anemia)	<input type="checkbox"/> اضطراب (Anxiety)	<input type="checkbox"/> آرتریت / اختلال مفصل (Arthritis/Join disorder)
<input type="checkbox"/> آسم برونشیت (Asthma)	<input type="checkbox"/> انتقال خون (Blood Transfusion)	<input type="checkbox"/> سرطان (Cancer)	<input type="checkbox"/> آب مروارید (Cataracts)
<input type="checkbox"/> اختلال لخته شدن خون (Clotting disorder)	<input type="checkbox"/> اختلال لخته شدن خون (Clotting disorder)	<input type="checkbox"/> اختلال لخته شدن خون (Clotting disorder)	<input type="checkbox"/> اختلال لخته شدن خون (Clotting disorder)
دیگر، لطفاً تشریح کنید (Other, please explain) :			

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

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

Other	مشکلات بینایی	مريضی تیروئید	خودکشی	مرگ ناگهانی	سکته مغزی	مريضی شش	مريضی جگر	مريضی گرده	فشار خون	کلسترول بالا	حمله قلبی	مرض شکر	افسردگی	سرطان	سرطان کولون	سرطان سینه	مريضی سیستم معالجت	کم خونی	مريضی آلزایمر	حساسیتها	استفاده الکل/مواد مخدر	کدام مشکل شناخته شده ندارم	اسم (Name)	رابطه (Relationship)	
																									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)
																									پدرکلان مادری (Maternal Grandfather)
																									مادرکلان پدري (Paternal Grandmother)
																									پدرکلان پدري (Paternal Grandfather)
																									دیگر (Other)

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

عضو فامیل (Family member):	مريضی یا مشکل طبی (Disease or medical problem):

برای اطفال سن 8 - 12 ساله مکمل کنید: ترسیده، مختصر (جواب های طفل) (Complete for children ages 8-12: SCARED, BRIEF (Child answers))

من واقعا بدون هیچ دلیل می ترسم: (I get really frightened for no reason at all)		
<input type="checkbox"/> کاملاً درست است یا اکثراً درست است (Very True or Often True)	<input type="checkbox"/> تا حدی درست است یا بعضی اوقات درست است (Somewhat True or Sometimes True)	<input type="checkbox"/> درست نیست یا به ندرت درست است (Not true or Hardly ever true)
من از تنها ماندن در خانه می ترسم: (I am afraid to be alone in the house)		
<input type="checkbox"/> کاملاً درست است یا اکثراً درست است (Very True or Often True)	<input type="checkbox"/> تا حدی درست است یا بعضی اوقات درست است (Somewhat True or Sometimes True)	<input type="checkbox"/> درست نیست یا به ندرت درست است (Not true or Hardly ever true)
مردم به من می گویند که من بیش از حد به تشویش هستم: (People tell me that I worry too much)		
<input type="checkbox"/> کاملاً درست است یا اکثراً درست است (Very True or Often True)	<input type="checkbox"/> تا حدی درست است یا بعضی اوقات درست است (Somewhat True or Sometimes True)	<input type="checkbox"/> درست نیست یا به ندرت درست است (Not true or Hardly ever true)
از رفتن به مکتب می ترسم: (I am scared to go to school)		
<input type="checkbox"/> کاملاً درست است یا اکثراً درست است (Very True or Often True)	<input type="checkbox"/> تا حدی درست است یا بعضی اوقات درست است (Somewhat True or Sometimes True)	<input type="checkbox"/> درست نیست یا به ندرت درست است (Not true or Hardly ever true)
من خجالتی هستم (میشرم): (I am shy)		
<input type="checkbox"/> کاملاً درست است یا اکثراً درست است (Very True or Often True)	<input type="checkbox"/> تا حدی درست است یا بعضی اوقات درست است (Somewhat True or Sometimes True)	<input type="checkbox"/> درست نیست یا به ندرت درست است (Not true or Hardly ever true)

ارزیابی خطر توبرکلوز (TB RISK ASSESSMENT)

<input type="checkbox"/> نخبیر (No)	<input type="checkbox"/> بلی (Yes)	تماس نزدیک یا طولانی مدت اخیر با فرد مصاب به مرض توبرکلوز عفونی (Recent close or prolonged contact with someone with infectious TB disease)
<input type="checkbox"/> نخبیر (No)	<input type="checkbox"/> بلی (Yes)	متولد شده یا اخیراً سفر کرده در ساحه پر شیوع (Born in or recent traveler to high prevalence area)
<input type="checkbox"/> نخبیر (No)	<input type="checkbox"/> بلی (Yes)	رادیوگرافی سینه با تغییرات فایبروتیک که نشان دهنده توبرکلوز غیرفعال یا گذشته است (Chest radiographs with fibrotic changes suggesting inactive or past TB)
<input type="checkbox"/> نخبیر (No)	<input type="checkbox"/> بلی (Yes)	عفونت اچ آی وی (HIV infection)
<input type="checkbox"/> نخبیر (No)	<input type="checkbox"/> بلی (Yes)	گیرنده پیوند عضو (Organ transplant recipient)
<input type="checkbox"/> نخبیر (No)	<input type="checkbox"/> بلی (Yes)	سرکوب سیستم معافیت دومی به استفاده از پردنیزون (معادل < یا = 15 میلی گرام در روز برای < یا = 1 ماه) یا سایر دواهای سرکوب کننده معافیت مانند آنتاگونیست TNF- $\alpha$ (Immunosuppression secondary to use of prednisone (equivalent of > or = 15mg/day for >or = 1 month) or other immunosuppressive medication such as TNF- $\alpha$ antagonist)
<input type="checkbox"/> نخبیر (No)	<input type="checkbox"/> بلی (Yes)	استفاده مواد مخدر توسط سرنج (Injection drug user)
<input type="checkbox"/> نخبیر (No)	<input type="checkbox"/> بلی (Yes)	ساکن یا کارمند محل تجمع با خطر بلند (مانند محبس، مرکز مراقبت طولانی مدت، شفاخانه، سرپناه بی خانمانها) (Resident or employee of high-risk congregate setting (e.g., prison, long-term care facility, hospital, homeless shelter))
<input type="checkbox"/> نخبیر (No)	<input type="checkbox"/> بلی (Yes)	مشکل طبی مرتبط با خطر پیشرفت به مرضی توبرکلوز در صورت مصاب شدن (مانند مرض شکر، سیلیکوز، سرطان در سر یا گردن، مرضی هوچکین، لوسمی و مرضی کلیوی مرحله نهایی، بای پس روده یا گاسترکتومی، سندروم سوء جذب مزمن، وزن کم بدن (10% یا بیشتر کمتر از حد 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))
نشانه ها/علامه توبرکلوز (Signs/Symptoms of TB) <input type="checkbox"/> سرفه دوامدار (Cough lasting) <input type="checkbox"/> تب دوامدار (Persistent fever) <input type="checkbox"/> کاهش وزن بی دلیل (Unexplained weight loss) <input type="checkbox"/> عرق دوامدار (Persistent sweats) <input type="checkbox"/> از دست دادن اشتها (Loss of appetite) <input type="checkbox"/> سرفه کردن خون (Coughing up blood) <input type="checkbox"/> خستگی مزمن (Chronic fatigue) <input type="checkbox"/> لرزه (Chills) <input type="checkbox"/> درد سینه (Chest pain) <input type="checkbox"/> هیچ کدام (None)		

تاریخچه اجتماعی (PRAPARE): برای والدین یا مراقبت کننده (SOCIAL HISTORY (PRAPARE): For Parent or Caregiver)

چقدر پرداخت مصرف اساسی مانند غذا، مسکن، گرمایش، مراقبت های 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?)	
<input type="checkbox"/> هیچ سخت نیست (Not hard at all)	<input type="checkbox"/> تا حدی سخت (Somewhat hard)
<input type="checkbox"/> خیلی سخت (Very hard)	<input type="checkbox"/> رد کرد (Decline)
وضعیت زندگی امروزتان چگونه است؟ (What is your living situation today?)	
<input type="checkbox"/> یک جای ثابت برای زندگی کردن دارم (I have a steady place to live)	
<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> من مکان ثابت برای زندگی ندارم (به طور موقت با دیگران زندگی می کنم، در یک هتل، در یک پناهگاه، زندگی در بیرون در سرکها، در مورت...)	
<input type="checkbox"/> (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.))	
رد کرد (Decline)	



سابقه دندان (DENTAL HISTORY)

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

حساسیت‌ها و عکس‌العمل‌ها  
ALLERGIES AND REACTIONS

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

قربانیت شخص امضاء کننده در فورم با مریض  
(Relationship to patient of Individual Signing Form)  
(برای مثال، مریض، والدین، قیم)  
(example: patient, parent, guardian)

اسم مریض / سرپرست قانونی (Patient / Legal Guardian Name)

تاریخ (Date)

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

**درخواست برنامه تخفیف خدمات صحی بر اساس درآمد**  
**(SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM APPLICATION**  
**( DARI )**

<b>Patient's Name:</b>	اسم مریض	<b>MRN:</b>	نمبر ریکارد طبی
		<b>Today's Date (month/day/year)</b> 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 رابطه	Age سن و سال	Income Amount مقدار درآمد	# Hours Worked (per week) تعداد ساعات کار در هفته	Pay Frequency تناوب پرداخت
		self خودم				<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه

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

**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

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)	<b>MRN:</b>	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/مشتتری 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 می‌دهم نادرست باشد، از کمک مالی خودداری می‌کنم و مسئولیت خدمات ارائه‌شده را بر عهده خواهم داشت و انتظار می‌رود 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: \_\_\_\_\_