

راجستر مريض (ثبت نام مريض)

PATIENT REGISTRATION (DARI)

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

جمعیت شناسی بیمار Patient Demographics	
جنسیت قانونی Legal Sex ☐ مونث (Female) ☐ مذکر (Male) ☐ غیر دوگانه (Nonbinary) ☐ نامشخص (Unknown) ☐ X	
هویت جنسیتی Gender Identity ☐ مونث (Female) ☐ مذکر (Male) ☐ 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)	گرایش جنسی Sexual Orientation ☐ 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 (/)
جنس تعیین شده بیمار در زمان تولد: Patient's Sex Assigned at Birth ☐ زن Female ☐ مرد Male ☐ بیناجنس Intersex ☐ نامعلوم Unknown ☐ Not Recorded on Birth Certificate در تصدیق تولد درج نشده ☐ Choose Not To Disclose نمی‌خواهم اظهار کنم	
وضعیت تاهل Marital Status ☐ مجرد (Single) ☐ دارای شریک زندگی (Partnered) ☐ متاهل (Married) ☐ طلاق گرفته (Divorced) ☐ جداشده (Separated) ☐ بیوه (Widowed)	
قومیت شما چیست؟ What is your Ethnicity ☐ اصالتاً غیر اسپانیایی، لاتین یا اسپانیایی (Not Hispanic, Latino/a or Spanish Origin) ☐ مکزیکی (Mexican) ☐ مکزیکی آمریکایی (Mexican American) ☐ شیکانو (Chicano) ☐ پورتوریکویی (Puerto Rican) ☐ کوبایی (Cuban) ☐ اصالتاً سایر اسپانیایی زبانها، لاتین یا اسپانیایی تبارها (Other Hispanic, Latino/a or Spanish Origin) ☐ گزارش نشده/عدم افشای قومیت (Unreported / Choose Not to Disclose Ethnicity)	
نژاد یا پیشینه خانوادگی شما به چه صورت است؟ What is your race or biological family background? ☐ سفید White ☐ سیاه/آفریقایی آمریکایی Black/African American ☐ آلاسکا بومی Alaska Native ☐ آمریکایی بومی American Indian ☐ ژاپنی Japanese ☐ فیلیپینی Filipino ☐ چینی Chinese ☐ هندی آسیایی Asian Indian ☐ گوامی یا چامورو Guamanian or Chamorro ☐ سایر آسیایی Other Asian ☐ ویتنامی Vietnamese ☐ کره‌ای Korean ☐ سایر جزایر اقیانوس آرام Other Pacific Islander ☐ ساموایی Samoan ☐ بومی هاوایی Native Hawaiian ☐ Don't Know ☐ ترجیح می‌دهم فاش نکنم Choose Not To Disclose	

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

زبان نوشتاری ترجیحی / Preferred Written Language

زبان ترجیحی برای صحبت / Preferred Language Spoken

مشخصات دموگرافیکی اضافی Additional Demographics

آیا شما بدون خان هستید؟ Are you experiencing homelessness?

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

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

☐ زندگی در پناهگاه / Living in Shelter (Homeless Shelter)

☐ خانه موقت / Transitional Housing

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

☐ خیابان، کمپ، پل / Street, Camp, Bridge

☐ پناهگاه بی پناه ناشناخته / Homeless Unknown Shelter

☐ مسکن دائمی حمایتی / Permanent Supportive Housing

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

☐ در معرض خطر فقدان منزل / At Risk for Homelessness

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

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

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

☐ هیچ کدام / Neither ☐ فصلی / Seasonal ☐ مهاجر / Migrant

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

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

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

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

☐ بلی، مشکل در شنوایی

☐ (Yes, Mobility Assistance (please describe (بلی، کمک برای مشکلات حرکتی (لطفاً توضیح دهید

☐ (Yes, other (please describe (بلی، مورد دیگر (لطفاً توضیح دهید

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

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

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

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

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

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

قانونی برای محافظت از معلومات صحی و شخصی شما HIPAA Authorization

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

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

اسم: Name

رابطه: Relationship

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

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

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

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

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

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

فقط برای استفاده داخلی دفتر / Office Use Only

Effective Date:

Updated By:

Revoke Date:

Updated By:

معلومات ضامن Guarantor Information

☐ Self / خودم

☐ برای کودکان - نام والد یا سرپرست قانونی

For children - name of parent or legal guardian

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

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

شهر: City ایالت: State کد پستی: ZIP Code

رابطه با بیمار Relationship to Patient

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

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

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

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

معلومات بیمه Insurance

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

شماره عضویت مدیکید Medicaid Member ID Number تاریخ آغاز Effective Date

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

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

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

Patient Signature

امضای بیمار

تاریخ
Date

امضای والدین/ سرپرست قانونی
Parent / Legal Guardian Signature

تاریخ
Date

رضایت نامه

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

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

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

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

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

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

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

تبادل معلومات صحت (Health Information Exchange): الیکا بخشی از یک ترتیب مراقبت صحت سازمان یافته است که شامل اعضای OCHIN می باشد. فهرست جاری شرکت کنندگان OCHIN در www.ochin.org موجود است. به عنوان شریک تجاری الیکا، OCHIN در فعالیتهای ارزیابی و بهبود کیفیت به نمایندگی از اعضای خود نیز سهم دارد. برای نمونه، OCHIN بررسی های کلینیکی را برای تنظیم معیارهای بهترین عملکرد و بهره برداری از مزایای سیستم های الکترونیکی صحت هماهنگ می سازد. OCHIN همچنین به اعضا کمک می کند تا در مدیریت ارجاعات داخلی و خارجی بیماران به طور مؤثر همکاری کنند. من درک می کنم که معلومات صحت من ممکن است در صورت نیاز، برای اهداف عملیاتی مراقبت صحت، با دیگر اعضای OCHIN شریک ساخته شود. آیا مایلید این متن را به صورت بروشور یا فرم PDF هم داشته باشید؟

با امضای این قسمت، تأیید می کنم که بخش رضایت نامه را خوانده ام و شرایط آن را درک کرده و می پذیرم.

Patient Signature

امضای بیمار

تاریخ

Date

امضای والدین/ سرپرست قانونی

Parent / Legal Guardian Signature

تاریخ

Date

سابقه جراحی (SURGICAL HISTORY)		
☐ سابقه جراحی ندارم (No Past Surgical History)		
☐ آپاندکتومی یا جراحی زیبایی (Appendectomy)	☐ جراحی زیبایی (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 روده بزرگ (Colon surgery)	☐ جراحی پروستات (Prostate surgery)	☐ وازکتومی (Vasectomy)
☐ دیگر، لطفاً تشریح کنید (Other, please explain):		

[illegible]

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

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

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)		
☐ درست نیست یا به ندرت درست است (Not true or Hardly ever true)	☐ تا حدی درست است یا بعضی اوقات درست است (Somewhat True or Sometimes True)	☐ کاملاً درست است یا اکثراً درست است (Very True or Often True)
من از تنها ماندن در خانه می ترسم: (I am afraid to be alone in the house)		
☐ درست نیست یا به ندرت درست است (Not true or Hardly ever true)	☐ تا حدی درست است یا بعضی اوقات درست است (Somewhat True or Sometimes True)	☐ کاملاً درست است یا اکثراً درست است (Very True or Often True)
مردم به من می گویند که من بیش از حد به تشویش هستم: (People tell me that I worry too much)		
☐ درست نیست یا به ندرت درست است (Not true or Hardly ever true)	☐ تا حدی درست است یا بعضی اوقات درست است (Somewhat True or Sometimes True)	☐ کاملاً درست است یا اکثراً درست است (Very True or Often True)
از رفتن به مکتب می ترسم: (I am scared to go to school)		
☐ درست نیست یا به ندرت درست است (Not true or Hardly ever true)	☐ تا حدی درست است یا بعضی اوقات درست است (Somewhat True or Sometimes True)	☐ کاملاً درست است یا اکثراً درست است (Very True or Often True)
من خجالتی هستم (میشرم): (I am shy)		
☐ درست نیست یا به ندرت درست است (Not true or Hardly ever true)	☐ تا حدی درست است یا بعضی اوقات درست است (Somewhat True or Sometimes True)	☐ کاملاً درست است یا اکثراً درست است (Very True or Often True)

ارزیابی خطر توبرکلوز (TB RISK ASSESSMENT)		
☐ نخبیر (No)	☐ 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)
☐ نخبیر (No)	☐ بلی (Yes)	متولد شده یا اخیراً سفر کرده در ساحه پر شیوع (Born in or recent traveler to high prevalence area)
☐ نخبیر (No)	☐ بلی (Yes)	رادیوگرافی سینه با تغییرات فایبروتیک که نشان دهنده توبرکلوز غیر فعال یا گذشته است (Chest radiographs with fibrotic changes suggesting inactive or past TB)
☐ نخبیر (No)	☐ بلی (Yes)	عفونت اچ آی وی (HIV infection)
☐ نخبیر (No)	☐ بلی (Yes)	گیرنده پیوند عضو (Organ transplant recipient)
☐ نخبیر (No)	☐ 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- 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)
☐ نخبیر (No)	☐ بلی (Yes)	استفاده مواد مخدر توسط سرنج (Injection drug user)
☐ نخبیر (No)	☐ بلی (Yes)	ساکن یا کارمند محل تجمع با خطر بلند (مانند محبس، مرکز مراقبت طولانی مدت، شفاخانه، سرپناه بی خانمان ها) (Resident or employee of high-risk congregate setting (e.g., prison, long-term care facility, hospital, homeless shelter))
☐ نخبیر (No)	☐ بلی (Yes)	مشکل طبی مرتبط با خطر پیشرفت به مریضی توبرکلوز در صورت مصاب 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 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) ☐ سرفه دوامدار (Cough lasting) ☐ تب دوامدار (Persistent fever) ☐ کاهش وزن بی دلیل (Unexplained weight loss) ☐ از دست دادن اشتها (Loss of appetite) ☐ عرق دوامدار (Persistent sweats) ☐ خستگی مزمن (Chronic fatigue) ☐ لرزه (Chills) ☐ سرفه کردن خون (Coughing up blood) ☐ نفس تنگی (Shortness of breath) ☐ درد سینه (Chest pain) ☐ 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?) ☐ هیچ سخت نیست (Not hard at all) ☐ تا حدی سخت (Somewhat hard) ☐ خیلی سخت (Very hard) ☐ رد کرد (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 می کنم، در یک هوتل، در یک پناهگاه، زندگی در بیرون در سرک ها، 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.) ☐ رد کرد (Decline)	

سابقه دندان (DENTAL HISTORY)		
☐ (No) نهیر	☐ (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)		
☐ (No) نهیر	☐ (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?)
☐ (No) نهیر	☐ (Yes) بلی	4. آیا از بیس فسفونیت استفاده کرده‌اید؟ (Have you taken bisphosphonates?)
حساسیت‌ها و عکس العمل‌ها ALLERGIES AND REACTIONS		
☐ (No) نهیر	☐ (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) نهیر	☐ (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) نهیر	☐ (Yes) بلی	آیا در برابر اکساید نایتروجن حساسیت دارید؟ اگر بلی، لطفاً عکس العمل را توضیح دهید. (Are you allergic to Nitrous oxide? If yes, please explain the reaction)

قربت 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 صحتی بر اساس درآمد

(SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM APPLICATION (DARI))

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

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

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

آیا منبع درآمد دیگری دارید که در بالا ذکر نشده است؟ اگر بله، 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

_____ تاریخ:
Date

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

VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)

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

Verified by: _____ Date: _____

Social Care Referral: ☐ Yes ☐ No Date: _____

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

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

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

☐ به من پول نقد پرداخت می شود. من چیک/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 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: _____