

راجستر مريض (ثبت نام مريض)

PATIENT REGISTRATION (DARI)

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

جمعیت شناسی بیمار Patient Demographics	
جنسیت قانونی Legal Sex ☐ مونث (Female) ☐ مذکر (Male) ☐ غیر دوگانه (Nonbinary) ☐ نامشخص (Unknown) ☐ X	
هویت جنسیتی Gender Identity ☐ مونث (Female) ☐ مذکر (Male) ☐ ترانجنسیتی مذکر/ترانجنسیتی مرد (FTM) Transgender Male/Trans Man/FTM ☐ ترانجنسیتی مونث/ترانجنسیتی زن (MTF) Transgender Female/Trans /MTF ☐ غیرباینری/جنس فروشنده (Non-Binary/Genderqueer) ☐ در حال جستجو (Questioning) ☐ دو روحی Two-Spirit این اصطلاح به افراد بومی آمریکا اشاره دارد که ویژگی‌های زنانه و مردانه را در خود دارند. ☐ دیگر (Other) ☐ نمی خواهم 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) ☐ نمی دانم (Don't Know) ☐ نمی خواهم 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 نمی خواهم 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 ☐ نمی دانم 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) ☐ بله ☐
 نیستم

☐ در ۱۲ ماه گذشته بودم was in the last 12 months
 اگر بله، 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 ☐ بله / Yes ☐ نه، من سرباز اسبق نیستم / No, I am not a veteran or served in the military
 (و در ارتش خدمت نکرده‌ام)

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

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

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

☐ بله، مشکل در شنوایی

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

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

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

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

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

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

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

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

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 ها و تصدیق ها Consents & Acknowledgements

رضایت نامه

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 اجازت‌نامه 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): قربانیت (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): قربانیت (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): قربانیت (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): قربانیت (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: _____	

سابقه صحتی اطفال دارای سنین 0-12

PEDIATRIC HEALTH HISTORY AGES 0-12

اسم مریض (Patient Name)		نمبر ریکارد طبی (MRN) :		تاریخ امروز (ماه/روز/سال) (Today's Date (month/day/year))	
تاریخ تولد (ماه/روز/سال) (Date of Birth (month/day/year))					
حساسیت‌ها به هر گونه دواها، غذا یا مواد دیگر؟ (ALLERGIES TO ANY MEDICATIONS, FOOD OR OTHER SUBSTANCES?)					
حساس به (Allergic to):		عکس‌العمل (Reaction):		شدت عکس‌العمل (Severity of Reaction):	
		☐ آنافیلاکسی (Anaphylaxis) ☐ ورم (Hives) ☐ دانه (Rash) ☐ ورم (Swelling) ☐ دل‌بیدی/استفراغ (Nausea/vomiting) ☐ دیگر (Other):		☐ پائین (Low) ☐ متوسط (Medium) ☐ بلند (High)	
		☐ آنافیلاکسی (Anaphylaxis) ☐ ورم (Hives) ☐ دانه (Rash) ☐ ورم (Swelling) ☐ دل‌بیدی/استفراغ (Nausea/vomiting) ☐ دیگر (Other):		☐ پائین (Low) ☐ متوسط (Medium) ☐ بلند (High)	
		☐ آنافیلاکسی (Anaphylaxis) ☐ ورم (Hives) ☐ دانه (Rash) ☐ ورم (Swelling) ☐ دل‌بیدی/استفراغ (Nausea/vomiting) ☐ دیگر (Other):		☐ پائین (Low) ☐ متوسط (Medium) ☐ بلند (High)	
سابقه طبی (تمام امراض و مشکلات طبی مربوطه را نشانی کنید) (MEDICAL HISTORY (Check all diseases and medical conditions that apply))					
☐ سابقه طبی ندارم No Past Medical History					
☐ سوءاستفاده منجیث بزرگسال (قربانی) (Abuse as Adult (victim))	☐ سوءاستفاده منجیث طفل (قربانی) (Abuse as a child (victim))	☐ انتقال خون (Blood Transfusion)	☐ مرض شکر شیرین (Diabetes mellitus)	☐ تپش لرزش قلب (Heart murmur)	☐ التهاب سحايا (Meningitis)
☐ حساسیت‌ها (Allergies)	☐ کم خونی (Anemia)	☐ آب مروارید (Cataracts)	☐ GERD (GERD)	☐ هایپرلیپیدمیا (Hyperlipidemia)	☐ مریضی عصبی/عضلات (Nerve/Muscle disease)
☐ اضطراب (Anxiety)	☐ اختلال لخته شدن خون (Clotting disorder)	☐ گلوکوم (Glaucoma)	☐ COPD / امفی‌سما / COPD (Emphysema/COPD)	☐ اچ آی وی / ایدز (HIV/AIDS)	☐ احتشاء میوکارد (Myocardial infarction)
☐ آرتریت / اختلال مفصل (Arthritis/Join disorder)	☐ COPD (COPD)	☐ مریضی قلبی (Heart disease)	☐ مریضی گرده (Kidney disease)	☐ میرگی (Seizures)	☐ مریضی تائیروئید (Thyroid disease)
☐ دیگر، لطفاً تشریح کنید (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)	☐ تانسلیکتومی (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):

مريضى يا مشكل طبي (Disease or medical problem):	عضو فاميل (Family member):

برای اطفال سن 8 - 12 ساله مکمل کنید: ترسیده، مختصر (جواب‌های طفل) (Complete for children ages 8-12: SCARED, BRIEF (Child answers))		
من واقعاً بدون هیچ دلیل می‌ترسم: (I get really frightened for no reason at all)		
☐ کاملاً درست است یا اکثراً درست است (Very True or Often True)	☐ تا حدی درست است یا بعضی اوقات درست است (Somewhat True or Sometimes True)	☐ درست نیست یا به ندرت درست است (Not true or Hardly ever true)
من از تنها ماندن در خانه می‌ترسم: (I am afraid to be alone in the house)		
☐ کاملاً درست است یا اکثراً درست است (Very True or Often True)	☐ تا حدی درست است یا بعضی اوقات درست است (Somewhat True or Sometimes True)	☐ درست نیست یا به ندرت درست است (Not true or Hardly ever true)
مردم به من می‌گویند که من بیش از حد به تشویش هستم: (People tell me that I worry too much)		
☐ کاملاً درست است یا اکثراً درست است (Very True or Often True)	☐ تا حدی درست است یا بعضی اوقات درست است (Somewhat True or Sometimes True)	☐ درست نیست یا به ندرت درست است (Not true or Hardly ever true)
از رفتن به مکتب می‌ترسم: (I am scared to go to school)		
☐ کاملاً درست است یا اکثراً درست است (Very True or Often True)	☐ تا حدی درست است یا بعضی اوقات درست است (Somewhat True or Sometimes True)	☐ درست نیست یا به ندرت درست است (Not true or Hardly ever true)
من خجالتی هستم (میشرم): (I am shy)		
☐ کاملاً درست است یا اکثراً درست است (Very True or Often True)	☐ تا حدی درست است یا بعضی اوقات درست است (Somewhat True or Sometimes True)	☐ درست نیست یا به ندرت درست است (Not true or Hardly ever 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 غیرفعال 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 خانمان‌ها) (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))
نشانه‌ها/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) ☐ هیچکدام (None)		

تاریخچه اجتماعی (PRAPARE): برای والدین یا مراقبت کننده (SOCIAL HISTORY (PRAPARE): For Parent or Caregiver)	
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)	☐ 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 می‌کنم، در یک هتل، 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.))	
☐ رد کرد (Decline)	

☐ بله، من را از وقت ملاقات‌های طبی یا دریافت داروها و باز داشته است (Yes, it has kept me from medical appointments or getting medications)
☐ بله، 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)
☐ نه (No)
☐ رد کرد (Decline)

چند وقت بعد افرادی را می‌بینید یا با آنها صحبت می‌کنید که به آنها اهمیت می‌دهید و احساس نزدیکی می‌کنید؟ (برای مثال: صحبت کردن با دوستان ذریعه تلفون، 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) □ 2-1 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)

□ رد کرد (Decline)

اغلب چقدر استرس را تجربه می‌کنید؟ (How often do you experience stress?)
☐ اصلاً نه (Not at all) ☐ اندکی (A little bit) ☐ تا حدی (Somewhat) ☐ بسیار کم (Quite a bit) ☐ بسیار (Very much) ☐ رد کرد (Decline)

ایا در حال حاضر وظیفه دارید؟ (Are you currently employed?) ☐ بلی (Yes) ☐ نخیر (No) ☐ رد کرد (Decline)

آیا برای هر یک از موارد فوق کمک می‌خواهید؟ (Would you like assistance with any of the above items?) ☐ بلی (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 صحت (Health Literacy) ☐ تعلیمی (Education) ☐ فشار مالی (Financial Strain) ☐ مسکن (Housing) ☐ غذا (Food) ☐ ترانسپورت (Transportation) ☐ روابط (Relationship) ☐ وظیفه (Employment)

☐ خدمات (آب و برق) (Utilities) ☐ فعالیت‌های فیزیکی (Physical Activities) ☐ استرس (Stress) ☐ انزوا (Isolation)

دوا (MEDICATION)

(تمام دواهای فعلی را لیست کنید: دواهای با نسخه، دواهای بدون نسخه، ویتامین ها و دواهای استنشاقی و مقدار مصرف آن)
(List all current medications: prescribed, over-the-counter drugs, vitamins & inhalers and the dosage)

[illegible]

آیا در حال حاضر تحت مراقبت داکتران یا مسکن‌های دیگری قرار دارید؟

ARE YOU CURRENTLY UNDER THE CARE OF ANY OTHER PHYSICIANS OR SPECIALISTS?

(تمامش را در ذیل ذکر کنید)

(LIST ALL BELOW)

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 دندانتان، 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)

حساسیت‌ها و عکس العمل‌ها 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

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

(Date) تاریخ

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

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
		خودم self				☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه

آیا منبع درآمد دیگری دارید که در بالا ذکر نشده است؟ اگر بله، لطفاً ارائه دهید
 پول بیکاری، بیمه از عدم قابلیت کار/جبران خسارت کارگران، تامین اجتماعی (سوشل 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 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: _____