"Healing with Heart"
Elica Health Centers

ثبت نام مریض
PATIENT REGISTRATION
(DARI)

تاریخ امروز (ماه/روز/سال) (Date)	نام ترجیحی (Preferred Name)
نام اول (First Name)	تخلص (Last Name)
شماره بیمه اجتماعی (Social Security Number)	تاریخ تولد (ماه/روز/سال) (Date of Birth)
آدرس خانه (Home Address)	
شهر (City)	ایالت (State) / کود پُستی (Zip Code)
شماره تیلفون (Phone Number)	شماره تیلفون بدیل (Alternate Phone Number)
ایمیل آدرس (Email Address)	

جنس قانونی (Legal Sex) ☐ مونث (Female) ☐ مذکر (Male) ☐ غیربراینری (Nonbinary) ☐ نامعلوم (Unknown) ☐ X

هویت جنسیتی (Gender Identity)
☐مونث (Female) ☐ مذکر (Male)
☐فراجنسیتی مذکر/فراجنسیتی مردTransgender Male/Trans Man/FTM(FTM)
☐ فراجنسیتی مونث/فراجنسیتی زنTransgender Female/Trans Woman/MTF (MTF)
☐ غیربراینری/جنس فروشنده (Non-Binary/Genderqueer) ☐ در حال جستجو(Questioning)
☐ دو روحه (Two Spirit)
☐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 جنسیته (Bisexual)
☐بدون جنس (Asexual)
☐ همه جنسیته (Omnisexual)
☐فرا جنسیته (Pansexual)
☐کویر (Queer)
☐چیزی دیگری (Something Else)
☐نمی دانم (Don't Know)
☐نمی خواهم افشاء کنم / رد کردن (Choose Not to Disclose / Decline)

جنس تعیین شده مریض وقت تولد (Sex Assigned at Birth) ☐ مونث (Female) ☐ مذکر (Male) ☐ دوجنسه (Intersex) ☐ نامعلوم (Unknown)
☐ در کارت تولد ذکر نشده است (Not Recorded on Birth Certificate) ☐ نمی خواهم افشاء کنم (Choose not to disclose)

حالت مدنی (Marital Status)
☐ مجرد (Single) ☐ شریک (Partnered) ☐ متاهل (Married) ☐ طلاق شده (Divorced) ☐ جداشده (Separated) ☐ بیوه (Widowed)

قومیت شما چیست؟ (Ethnicity)
☐ غیراسپانیایی، لاتین/ یا دارای اصلیت اسپانیایی (Not Hispanic, Latino/a or Spanish Origin) ☐ مکسیکویی (Mexican) ☐ مکسیکویی امریکایی (Mexican American)
☐ چیکانو (Chicano) ☐ پورتوریکویی (Puerto Rican) ☐ کوبایی (Cuban) ☐ سایر اصلیت اسپانیایی، لاتین/ یا اسپانیایی (Other Hispanic, Latino/a or Spanish Origin)
☐ گزارش نشده/نمی خواهم قومیت خود را افشاء کنم (Unreported / Choose Not to Disclose Ethnicity)

نژاد یا پس منظر خانواده بیولوژیکی شما چیست؟ (تمام موارد قابل تطبیق را نشانی کنید) (Race or biological family background)
☐ سرخ پوست امریکایی (American Indian) ☐ بومی الاسکا (Alaska Native) ☐ سیاه پوست یا افریقایی امریکایی (Black or African American)
☐ بومی هاوایی (Native Hawaiian) ☐ سایر باشنده جزیره های اقیانوس آرام (Other Pacific Islander) ☐ گوامانی یا چامورو(Guamanian or Chamorro)
☐ وابسته به ساموایی (Samoan) ☐ سفید پوست (White) ☐ هندی آسیایی (Asian Indian) ☐ چینایی (Chinese) ☐ فیلیپینی (Filipino) ☐ جاپانی (Japanese)
☐ کوریایی (Korean) ☐ ویتنامی (Vietnamese) ☐ دیگر آسیایی (Other Asian) ☐ نژاد دیگر (Other Race)
☐ نامعلوم (Unknown) ☐ گزارش نشده/نمی خواهم افشاء کنم (Unreported/Choose Not to Disclose)

تماس اضطراری (Emergency Contact)

اسم (Name)
شماره تیلفون (Phone Number) | **قرابت با مریض (Relationship)**

تماس های مریض (Patient Contacts)

معلومات همسر، مادر، پدر، مراقب یا سرپرست (Spouse, Mother, Father, Caregiver or Guardian info)
اسم (Name) ______________________ **تاریخ تولد (DOB)** _____________ **قرابت با مریض (Relationship to Patient)** _________________
آدرس (Address) ______________________ **شهر (City)**_______________ **کود پُستی (State)** _______ **ایالت (ZIP Code)** ______________
شماره تیلفون (Phone Number) ____
نشر معلومات صحی (Release Medical Information) ☐ بلی (Yes) ☐ نخیر (No)

آیا بی خانمانی را تجربه می کنید؟ (Homelessness Status)
☐ بلی (Yes) ☐ نخیر (بی خانه نیستم) (No) ☐ در حال حاضر بی خانه نیستم (در 12 ماه گذشته بودم) (Currently not Homeless)
اگر بلی، لطفاً یکی (1) را در ذیل انتخاب کنید
☐ زندگی در سرپناه (سرپناه بی خانمان) (Living in Shelter (Homeless Shelter) ☐ مسکن انتقالی (Transitional Housing) ☐ زندگی با دیگران (یکجایی) (Living with Others)
☐ سرک، کمپ، پل (Street, Camp, Bridge)
☐ بی خانمان نامعلوم سرپناه (Homeless Unknown Shelter) ☐ مسکن حامی دایمی (Permanent Supportive Housing)

☐ هوتل یک نفره (دیگر) (Single Occupancy Hotel (Other)　☐ در خطر بی خانمانی (At Risk for Homelessness)

☐ در خطر بی خانمانی (طفل) (At Risk for Homelessness (Child)　☐ در خطر بی خانمانی (کهنه سرباز) (At Risk for Homelessness (Veteran)

آیا شما یک مهاجر/ کارگر فصلی هستید؟ (Migrant / Seasonal Worker)

☐ مهاجر (Migrant)　☐ فصلی (Seasonal)　☐ هیچکدام (Neither)

استخدام (Employment)

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

به ترجمان شفاهی نیاز دارید؟ (یکی را حلقه کنید) (Needs Interpreter?)　☐ بلی (Yes)　☐ نخیر (No)

انگلیسی صحبت می کنید؟ (Do you speak English?)　☐ بلی (Yes)　☐ نخیر، (No)

زبان مورد علاقه من است (My preferred language is) ______________

مهارت انگلیسی (یکی را حلقه کنید) (English Fluency)　☐ عالی (Excellent)　☐ بسیار خوب (Very Good)　☐ خوب (Good)

☐ خوب نیست (Not Good)　☐ هیچ روان نیستم (Not at All)

زبان تحریری (Preferred Written Language)

زبان تقریری (Preferred Language Spoken)

آیا در جریان وقت ملاقات به کمک نیاز دارید؟ (Would you like assistance during your appointment)

☐ بلی، حمایت بخاطر بینایی کم یا کوری. (Yes, support for Low Vision or Blindness)

☐ بلی، مشکل شنوایی. (Yes, Hard of hearing)

☐ بلی کمک در قسمت حرکت (لطفاً تشریح کنید) (Yes, Mobility Assistance (please describe) ________________________

☐ بلی، دیگر (لطفاً تشریح کنید) (Yes, other (please describe) ________________________

حالت سربازی/عسکری/متقاعد (Veteran / Military Status)　☐ بلی، وظیفه برحال (Yes)　☐ نخیر، سوابق قبلی (No, I am not a veteran (or served in the military)

دیموگرافی اضافی (Additional Demographics)

کشور اصلی (Country of Origin) ________________________

کارت هویت/ جواز رانندگی (ID/Driver License) ________________________ **ایالت (State)** ____________

تاریخ انقضاء (Expiration Date) ________________

ضامن بیمه (Insurance Guarantor)

☐ خودم (Self)

☐ برای اطفال - اسم والدین یا سرپرست قانونی (For children - name of parent or legal guardian) ________________________

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

آدرس (اگر متفاوت از مریض باشد) (**Address** *(if different from patient's)*) ________________________ **شهر (City)** ________________

کود پُستی ایالت (State) ________ **(ZIP Code)** ____________

قرابت با مریض (Relationship to Patient) ________________________

تعداد اعضای خانواده شما (شما و وابستگانتان) (Total number of people in your household (you and your dependents))

____

درآمد خانواده شما قبل از وضع مالیه چقدر است $ (What is your household income before taxes) ________________ ☐ ماهوار (Monthly)

☐ سالانه (Yearly)　☐ نمی خواهم افشاء کنم (Choose Not to Disclose)

از کدام ضمایر 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 (How do you want us to contact you)

ترجیحات ارتباطات (یکی را حلقه کنید) (Communication Preferences *(Circle One)*)

چگونه می خواهید برای وقت ملاقات ها با شما تماس گرفته شود (How would you like to be contacted for Appointments)	تیلفون (Phone)	پیام کتبی (Text)	ایمیل (Email)	پُست (Mail)
بخاطر مشکلات صورت حساب (Billing Issues)	تیلفون (Phone)	پیام کتبی (Text)	ایمیل (Email)	پُست (Mail)
بخاطر سوالات/نتایج مراقبت صحی (Healthcare Questions/Results)	تیلفون (Phone)	پیام کتبی (Text)	ایمیل (Email)	پُست (Mail)
بخاطر پیام ها از داکتر شما (Messages from your provider)	تیلفون (Phone)	پیام کتبی (Text)	ایمیل (Email)	پُست (Mail)

بیمه (Insurance)

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

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

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

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

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

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

اسم بیمه (Anthem, Aetna, HealthNet, و غیره.) (Insurance Name) ______________________________ آی دی عضو بیمه (Insurance Member ID) ______________________________ اسم اشتراک کننده/عضو در کارت (Subscriber / Member Name on Card) ____________________ تاریخ تولد اشتراک کننده (Subscriber DOB) ______________________________ تاریخ اجراء (Effective Date) ______________________________	معلومات گروپ بیمه (Insurance Group Info) ☐ Nivano ☐ River City Medical Group ☐ Partnership Health ☐ Hill Physicians ☐ Molina ☐ دیگر (Other) ______________________ (نام گروپ مانند Well Space، Name of group i.e; Wellspace,) One Community, CHCN, Kaiser, و غیره.) One Community, CHCN, Kaiser, etc.)

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

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

____

امضای مریض (PATIENT SIGNATURE)   تاریخ (DATE)

رضایت ها و تصدیق ها

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

امضای اولیه: __________

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

امضای اولیه: __________

تداوی از راه دور: من در صورت لزوم و اگر از نظر کلینیکی مناسب باشد برای تبادله معلومات صحی بین من و ارایه دهنده یا بین یک ارایه دهنده و یک ارایه دهنده دیگر، از دریافت مراقبت از طریق تیلفون، پورتل تداوی از راه دور یا مریض رضایت میدهم.

امضای اولیه: __________

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

امضای اولیه: __________

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

امضای اولیه: __________

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

امضای اولیه: __________

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

امضای اولیه: __________

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

امضای اولیه: __________

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

امضای اولیه: __________

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

امضای اولیه: __________

پرداخت های باز: دیتابیس پرداخت های باز یک ابزار فدرال است که برای جستجوی پرداخت های انجام شده توسط شرکت های مواد مخدر و دستگاه به داکتران و شفاخانه های تدریسی استفاده می شود. درین آدرس https://openpaymentsdata.cms.gov. **یافت می شود**

امضای اولیه: __________

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

__________________ **اسم واضح مریض**

__________________ **قرابت فرد امضاء کننده فورم با مریض (برای مثال، مریض، والدین، سرپرست)**

__________________ **تاریخ**

__________________ **امضای والدین/سرپرست**

__________________ **تاریخ**

__________________ **شاهد (کارمند کلینیک)** (Witness/Translator Signature)

سابقه صحی اطفال دارای سنین 0-12
PEDIATRIC HEALTH HISTORY AGES 0-12

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

حساسیت‌ها به هر گونه دواها، غذا یا مواد دیگ؟ (ALLERGIES TO ANY MEDICATIONS, FOOD OR OTHER SUBSTANCES?)

شدت عکس‌العمل (Severity of Reaction):	عکس‌العمل (Reaction):	حساس به (Allergic to):
☐ پائین (Low) ☐ متوسط (Medium) ☐ بلند (High)	☐ آنافیلاکسی (Anaphylaxis) ☐ ورم (Hives) ☐ دانه (Rash) ☐ ورم(Swelling) ☐ دلبدی/استفراغ (Nausea/ vomiting) ☐ دیگر (Other):________________	
☐ پائین (Low) ☐ متوسط (Medium) ☐ بلند (High)	☐ آنافیلاکسی (Anaphylaxis) ☐ ورم (Hives) ☐ دانه (Rash) ☐ ورم(Swelling) ☐ دلبدی/استفراغ (Nausea/ vomiting) ☐ دیگر (Other):________________	
☐ پائین (Low) ☐ متوسط (Medium) ☐ بلند (High)	☐ آنافیلاکسی (Anaphylaxis) ☐ ورم (Hives) ☐ دانه (Rash) ☐ ورم(Swelling) ☐ دلبدی/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

☐ کم خونی حجره داسی شکل (Sickle cell anemia)	☐ مریضی جگر (Liver disease)	☐ سکته قلبی (Heart Failure)	☐ افسردگی (Depression)	☐ آسم برونشیت (Asthma)	☐ سوءاستفاده منحیث بزرگسال (قربانی) (Abuse as Adult (victim))
☐ زخم معده (Stomach ulcers)	☐ التهاب سحایا (Meningitis)	☐ تپش لرزش قلب (Heart murmur)	☐ مرض شکر شیرین (Diabetes mellitus)	☐ انتقال خون (Blood Transfusion)	☐ سوءاستفاده منحیث طفل (قربانی) (Abuse as a child (victim))
☐ سکته مغزی (Stroke)	☐ احتشاء میوکارد (Myocardial infarction)	☐ اچ آی وی/ایدز HIV/AIDS	☐ امفزیما/ COPD (Emphysema/COPD)	☐ سرطان (Cancer)	☐ حساسیت‌ها (Allergies)
☐ سؤ مصرف مواد (Substance abuse)	☐ مریضی عصبی/عضلات (Nerve/Muscle disease)	☐ هایپرلیپیدمیا (Hyperlipidemia)	☐ GERD (GERD)	☐ آب مروارید (Cataracts)	☐ کم خونی (Anemia)
☐ مریضی توبرکلوز (TB disease)	☐ پوکی استخوان (Osteoporosis)	☐ فشار خون (Hypertension)	☐ گلوکوم (Glaucoma)	☐ اختلال لخته شدن خون (Clotting disorder)	☐ اضطراب (Anxiety)
☐ مریضی تایرویید (Thyroid disease)	☐ میرگی (Seizures)	☐ مریضی گرده (Kidney disease)	☐ مریضی قلبی (Heart disease)	☐ COPD (COPD)	☐ آرتریت / اختلال مفصل (Arthritis/Join disorder)

☐ دیگر، لطفاً تشریح کنید (Other, please explain) :

سابقه جراحی(SURGICAL HISTORY)

☐سابقه جراحی ندارم(No Past Surgical History)

☐ جراحی روده کوچک (Small intestine surgery)	☐ جراحی زیبای (Cosmetic surgery)	☐ آپاندکتومی یا جراحی زیبایی (Appendectomy)
☐ جراحی ستون فقرات (Spine surgery)	☐ جراحی چشم (Eye surgery)	☐ جراحی مغز (Brain surgery)
☐ بیرون کردن عقل دندان (Third Molar Extraction)	☐ جراحی شکستگی (Fracture surgery)	☐ جراحی سینه (Breast surgery)
☐ تانسیلکتومی (Tonsillectomy)	☐ ترمیم فتق (Hernia repair)	☐ CABG (CABG)
☐ تعویض وال قلب (Valve replacement)	☐ تعویض مفصل (Joint replacement)	☐ کولی سیستکتومی (Cholecystectomy)
☐ وازکتومی (Vasectomy)	☐ جراحی پروستات (Prostate surgery)	☐ 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

رابطه (Relationship)	اسم (Name)	کدام مشکل شناخته شده ندارم No Known Problems	استفاده الکول/مواد مخدر Alcohol/Drug Use	حساسیت‌ها Allergies	مریضی الزایمر Alzheimer's Disease	کم خونی Anemia	مریضی سیستم معافیت Autoimmune Disease	سرطان سینه Breast Cancer	سرطان کولون Colon Cancer	سرطان Cancer	افسردگی Depression	مرض شکر Diabetes	حمله قلبی Heart Attack	کلسترول بالا High Cholesterol	فشار خون Hypertension	مریضی گرده Kidney Disease	مریضی جگر Liver Disease	مریضی شش Lung Disease	سکته مغزی Stroke	مرگ ناگهانی Sudden Death	خودکشی Suicide	مریضی تایروئید Thyroid Disease	مشکلات بینایی Vision Problems	دیگر Other
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 پدری (Paternal Grandmother)																								
پدرکلان پدری (Paternal Grandfather)																								
دیگر (Other)																								

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

مریضی یا مشکل طبی (Disease or medical problem):	عضو فامیل (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)	☐ درست نیست یا به ندرت درست است (Not true or Hardly ever true)	☐ تاحدی 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 می‌ترسم: (I am afraid to be alone in the house)	☐ درست نیست یا به ندرت درست است (Not true or Hardly ever true)	☐ تاحدی 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 می‌گویند 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)	☐ تاحدی 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 می‌ترسم: (I am scared to go to school)	☐ درست نیست یا به ندرت درست است (Not true or Hardly ever true)	☐ تاحدی 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 (میشرمم): (I am shy)	☐ درست نیست یا به ندرت درست است (Not true or Hardly ever true)	☐ تاحدی 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)

تماس نزدیک یا طولانی مدت اخیر با فرد مصاب به مرض توبرکلوز عفونی (Recent close or prolonged contact with someone with infectious TB disease)	☐ بلی (Yes)	☐ نخیر (No)
متولد شده یا اخیراً سفر کرده در ساحه پر شیوع (Born in or recent traveler to high prevalence area)	☐ بلی (Yes)	☐ نخیر (No)
رادیوگرافی سینه با تغییرات فایبروتیک که نشان دهنده توبرکلوز غیرفعال یا گذشته است (Chest radiographs with fibrotic changes suggesting inactive or past TB)	☐ بلی (Yes)	☐ نخیر (No)
عفونت اچ آی وی (HIV infection)	☐ بلی (Yes)	☐ نخیر (No)
گیرنده پیوند عضو (Organ transplant recipient)	☐ بلی (Yes)	☐ نخیر (No)
سرکوب سیستم معافیت دومی به استفاده از پردنیزون (معادل > یا = 15 میلی گرام در روز برای > یا = 1 ماه) یا سایر دواهای سرکوب کننده معافیت مانند آنتاگونیست TNF -α (Immunosuppression secondary to use of prednisone (equivalent of > or = to 15mg/day for >or = 1 month) or other immunosuppressive medication such as TNF -o antagonist)	☐ بلی (Yes)	☐ نخیر (No)
استفاده مواد مخدر توسط سرنج (Injection drug user)	☐ بلی (Yes)	☐ نخیر (No)
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))	☐ بلی (Yes)	☐ نخیر (No)
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))	☐ بلی (Yes)	☐ نخیر (No)

نشانه‌ها/علایم 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) ☐ تاحدی 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 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.)
☐ رد کرد (Decline)

آیا در 12 ماه گذشته، کمبود ترانسپورت شما را از اوقات ملاقات‌های طبی، جلسه، کار یا تهیه وسایل ضروری برای زندگی روزمره باز داشته است؟
In the past 12 months, has lack of transportation kept you from medical appointments, meetings, work or from getting things needed for daily living?
☐ بلی، من را از وقت ملاقات‌های طبی یا دریافت داردواها و باز داشته است (Yes, it has kept me from medical appointments or getting medications)
☐ بلی، من را از جلسات غیرطبی، اوقات ملاقات، کار یا دریافت چیزهایی که ضرورت دارم باز داشته است.
(Yes, it has kept me from non-medical meetings, appointments, work, or getting things that I need)
☐ نخیر(No)
☐ 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 تیلفون، 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)
☐ رد کرد (Decline)

اغلب چقدر استرس را تجربه می‌کنید؟ (How often do you experience stress?)
☐ اصلاً نه (Not at all) ☐ اندکی (A little bit) ☐ تاحدی (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) ☐ نخیر (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)

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

دوا (Medication)	مقدار مصرف (Dosage)	دوره (Frequency)

آیا در حال حاضر تحت مراقبت داکتران یا مسلکی‌های دیگری قرار دارید؟
ARE YOU CURRENTLY UNDER THE CARE OF ANY OTHER PHYSICIANS OR SPECIALISTS?
(تمامش را در ذیل ذکر کنید)
(LIST ALL BELOW)
معین طبی: فورم نشر سوابق طبی را برای همه ارایه دهندگان طبی ذکر شده در ذیل مکمل کنید و به تیم مراقبت در Epic اضافه کنید
Medical Assistant: Complete a medical record release form for all medical providers listed below and add to Care Team in Epic

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

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

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

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

تاریخ (Date)

PATIENT PRIVACY حریم خصوصی مریض

"Healing with Heart" Elica Health Centers

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

معلومات مریض (Patient Information)			
تخلص (Last Name):	اسم (First Name) :	حرف اول اسم وسط (Middle Initial) :	تاریخ تولد (Date of Birth) :
والدین قانونی/ 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 می‌دهید و آنچه می‌توانیم شریک سازیم را به ما بگویید. (ممکن است نرخ پیام و دیتا تطبیق شود.)
(Message Preferences: Tell us the type of messages you prefer and what we can share. (Messaging and data rates may apply.))

	تیلفون (Phone)	پیام کتبی (Text)	ایمیل/پورتل (Email/Portal)
تمام موارد ذیل (All of the below)	☐	☐	☐
اطلاعیه‌های صحی (مانند نتایج لابراتوار یا آزمایش) (Health Notifications (such as lab or test results))	☐	☐	☐
یادآوری‌های وقت ملاقات داکتر (Appointment Reminders)	☐	☐	☐
اعلانات (مانند پروگرام‌های جدید یا معلومات جامعه) Announcements (such as new programs or community information)	☐	☐	☐
اطلاعیه‌های بل (Billing Notifications)	☐	☐	☐

به کی: به ما بگویید که می‌خواهید با چه اشخاص معلومات را شریک سازیم یا نشر دهیم. هر باکس برای یک شخص متفاوت است.
(Who: Tell us who you would like us to share, or release, information with. Each box is for a different person.)

شخص شماره 1 (Person #1)

اسم (Name) :

قرابت (Relationship):

☐ می‌توانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوئیم.
(We can tell this person any and all of your medical information.)

یا
(OR)

☐ می‌توانیم نوت‌های چارت امروز را در زمان بازدید به این شخص بدهیم.
(We can give this person today's chart notes at the time of the visit.)

☐ می‌توانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارایه کنیم.
(We can give this person all of your test results.)

Office Use Only فقط برای استفاده اداری	
Updated by:	Effective Date:
Updated by:	Revoke Date:

شخص شماره 2 (Person #2)

اسم (Name) :

قرابت (Relationship):

☐ می‌توانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوئیم.
(We can tell this person any and all of your medical information.)

یا
(OR)

☐ می‌توانیم نوت‌های چارت امروز را در زمان بازدید به این شخص بدهیم.
(We can give this person today's chart notes at the time of the visit.)

☐ می‌توانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارایه کنیم.
(We can give this person all of your test results.)

Office Use Only فقط برای استفاده اداری	
Updated by:	Effective Date:
Updated by:	Revoke Date:

شخص شماره 3 (Person #3)

اسم (Name) :

قرابت (Relationship):

☐ می‌توانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوئیم.
(We can tell this person any and all of your medical information.)

یا
(OR)

☐ می‌توانیم نوت‌های چارت امروز را در زمان بازدید به این شخص بدهیم.
(We can give this person today's chart notes at the time of the visit.)

☐ می‌توانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارایه کنیم.
(We can give this person all of your test results.)

Office Use Only فقط برای استفاده اداری	
Updated by:	Effective Date:
Updated by:	Revoke Date:

شخص شماره 4 (Person #4)

اسم (Name) :

قرابت (Relationship):

☐ می‌توانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوئیم.
(We can tell this person any and all of your medical information.)

یا
(OR)

☐ می‌توانیم نوت‌های چارت امروز را در زمان بازدید به این شخص بدهیم.
(We can give this person today's chart notes at the time of the visit.)

☐ می‌توانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارایه کنیم.
(We can give this person all of your test results.)

Office Use Only فقط برای استفاده اداری	
Updated by:	Effective Date:
Updated by:	Revoke Date:

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

با امضاء نمودن این فورم، دریافت **اعلامیه روش‌های حفظ حریم خصوصی** کلنیک را تایید می‌کنم و به مراکز صحی Elica اجازه می‌دهم تا معلومات صحی من را همانطور که در فوق بیان شد با افراد ذکر شده شریک سازند.

By signing this form, I acknowledge receipt of the Clinic's **Notice of Privacy Practices** and authorize Elica Health Centers to share my health information to the listed individuals as indicated above.

اسم چاپی مریض (Print Name of Patient) ____________________

قرابت شخص امضاء کننده این فورم با مریض (برای مثال، مریض، والدین، قیم، مراقب)
Relationship to Patient of Individual Signing Form (for example, patient, parent, guardian, caregiver) ____________________

امضای والدین/قیم قانونی (Patient/Guardian Signature) ____________________

تاریخ (Date) ____________________

شاهد (کارمند کلنیک) (Witness (Clinic Staff Member)) ____________________

تاریخ (Date) ____________________

"Healing with Heart"
Elica Health Centers

پروگرام تخفیف فیس مطابق توان مریض مراکز صحی Elica

در مراکز صحی Elica، ما یک تخفیف فیس مطابق توان ارایه می‌کنیم تا خدمات خود را برای همه مریضان قابل استطاعت سازیم.

- اگر قبلاً در پروگرام عواید معلولیت بیمه اجتماعی (SSDI)، کمک موقت برای فامیل‌های دارای ضرورت (TANF) یا پروگرام‌های کمک عامه دیگری اشتراک کرده‌اید، ممکن است واجد شرایط پروگرام تطبیق مقیاس فیس مطابق توان باشید.

معیارهای ذیل برای تطبیق مقیاس فیس مطابق توان که بربنیاد رهنمودهای فقر فعلی فدرال (FPG) است تطبیق می‌شود:

- شما باید در ظهر این ورقه یک تقاضانامه را مکمل کنید و بعد از شش ماه یا زمانی که فامیل یا عواید شما تغییر کرد، هر کدام که زودتر اتفاق بیفتد، دوباره تقاضا بدهید.
- لازم است طوریکه در تقاضانامه هدایت داده شده است، ثبوت عواید خود را ارایه کنید.

اظهار عواید مریض به اختیار خود شما را صرف برای یک بار مراجعه واجد شرایط می‌کند، اما ظرف ده روز پس از مراجعه قابل تغییر است.

o اگر درآمدی ندارید یا نمی توانید مدرکی دال بر درآمد ارائه کنید، لطفاً فرم خوداظهاری را پر کنید. ممکن است همچنان واجد شرایط برنامه تخفیف هزینه کشویی باشید.

تاییدی بربنیاد اندازه خانوار و عواید ناخالص است.

- از شرکت کنندگان انتظار میرود تا سهم فیس تخفیف خود را در حین زمان ارایه خدمات پرداخت کند.
- مریضان همچنین می‌توانند تنظیم نمایند تا پرداخت‌های منظم را تا زمان پرداخت بیلانس بدهند.
- مصارف خدمات امروزی، منعکس کننده مقیاس فیس مطابق توان ذیل است. اگر در مقیاس فیس مطابق توان واجد شرایط باشید، یک مبلغ اسمی فیس خواهد داشتید و برای کدام مصارف دیگری برایتان بل صادر نخواهد شد.
- منابع پرداخت‌های قابل قبول عبارتند از:

1. پول نقد
2. کارت‌های اعتباری (ویزه، ماسترکارت) چک پذیرفته نمی‌شود.

اگر واجد شرایط ثبت نام در Medi-Cal هستید، لطفاً معلومات بیشتر را از ما بخواهید. ما خوشحال می شویم که منابع ذیل را ارایه کنیم:

- o ارزیابی، اگر واجد شرایط برای محدوده مکمل Medi-Cal هستید
- o کمک، برای خانه پری فورم MC-13 PRUCOL
- o ارایه موقعیت دیپارتمنت مساعدت بشری، معلومات تماس یا کمک برای تنظیم وقت ملاقات با Sacramento
- o ارایه معلومات و محدودیت‌های عواید تخمینی برای Medi-Cal یا دیگر پروگرام‌ها.
- o ارایه معلومات و کمک برای یافتن معلومات درباره پروگرام‌ها (طرز مثال برای تومور شناسی، مرض شکر) اگر مریض واجد شرایط برای کدام بیمه نباشد.

اگر کدام سوال دارید، لطفاً با یکی از کارکنان در یکی از مکان‌های EHC به تماس شوید، یا به نمبر 2345-454 (916) **زنگ** بزنید.

تقسیم اوقات تخفیف فیس مطابق توان برای سال 2023

مراکز صحی Elica: تقسیم اوقات فیس مطابق توان			مقیاس فیس مطابق توان: (بر بنیاد ثبت فدرال 2023 - رهنمودهای عواید فقر)			
طبقه‌بندی‌های تخفیف	**طبقه بندی الف**	**طبقه‌بندی ب**	**طبقه بندی ج**	**طبقه بندی د**	**طبقه بندی هـ**	**قیمت گذاری مکمل**
% سطوح عواید فقر فدرال	**در یا کمتر از**	**>100 - 125%**	**>125 - 150%**	**>150 - 175%**	**>175 - 200%**	**> 200 %**
طبی /صحت رفتاری	**فیس اسمی**	**فیس با تخفیف**				**قیمت گذاری مکمل**
معاینه مکمل و جامع (1)	**25$**	**3$ 5**	**45$**	**55$**	**65$**	
لابراتوارهای تشخیص داخلی (2)	**5$**	**6$**	**7$**	**8$**	**9$**	
ارجاع به لابراتوار (3)	**30$**	**3$ 1**	**32$**	**33$**	**34$**	
انتخابی و سایر موارد خاص (تقسیم اوقات ذیل را ببینید) (4)	**نمبر 4 در ذیل را ببینید**					
پروگرام دندان	**فیس اسمی**	**فیس با تخفیف**				**قیمت گذاری مکمل**
معاینه جامع و مکمل: تشخیصی، وقایوی، اطراف دندان و حالات عاجلی (1)	**25$**	**3$ 5**	**45$**	**55$**	**65$**	
فیس‌های مسلکی عمده / ترکیبی: بریج‌های دندان، تاج‌های دندان، دندان‌های مصنوعی‌و عصب‌کشی‌ها (5)	**25$**	**3$ 5**	**45$**	**55$**	**65$**	
عمده / همراه: لابراتوار/ تجهیزات (5)	**تقسیم اوقات ذیل را ببینید**					

1. معاینات جامع بشمول خدمات مسلکی‌و همه لوازم معمول، تزریق‌ها و واکسین‌ها می‌شود..
2. لابراتوارهای داخلی عبارت از لابراتوارهای تشخیصی طبی هستند که در ساحه انجام می‌شوند.
3. ارجاعات لابراتواری، عبارت از لابراتوارهای تشخیصی طبی هستند که توسط Quest Diagnostics یا سایر لابراتوارهای مرجع انجام می‌شوند.
4. انتخابی و سایر موارد خاص با قیمت گذاری خاص (بربنیاد مصرف واقعی):

دپو پروورا(تزریق ضد حاملگی)	45$	سایر IUDها	600$
Liletta IUD	105$	محافظ‌های شب	95$

5. عمده/همراه خدمات دندان بشمول خدمات مغلق است که به پلانگذاری تداوی، لابراتوارها و/یا تجهیزات خاص ضرورت دارد و اکثراً در دو یا چند وقت ملاقات انجام می‌شود. برای مریضانی که این خدمات ارایه می‌شود، به طور جداگانه با یک پلان کننده تداوی Elica ملاقات خواهند کرد، که این عملیه را توضیح می‌دهد و خدمات مشوره مالی ارایه می‌کند. انتظار می‌رود که مریض 50% را قبل از انجام کارهای لابراتواری سفارش داده شده یا عملیه پلان شده پرداخت کند و متباقی پول باقی مانده بر بنیاد پلان پرداخت تنظیم می‌شود. تقسیم اوقات ذیل را ببینید.

مریض برای هر مراجعه فیس مسلکی با تخفیف را به اضافه یک بار فیس طبق این تقسیم اوقات تادیه می‌کند:

خدمات عمده	**طبقه‌بندی الف**	**طبقه‌بندی ب**	**طبقه‌بندی ج**	**طبقه‌بندی د**	**طبقه‌بندی هـ**	
عصب کشی (برای هر چنل)	**175$**	**200$**	**225$**	**250$**	**275$**	**قیمت گذاری مکمل**
تاج شاندن/بریج (در هر واحد)	**150$**	**170$**	**190$**	**210$**	**230$**	
دندان مصنوعی پروتز کامل (در هر کمان)	**400$**	**450$**	**500$**	**550$**	**600$**	
دندان مصنوعی یا پروتز قسمی (در هر کمان)	**450$**	**500$**	**550$**	**600$**	**650$**	

درخواستی برای واجد شرایط بودن برنامه فیس مطابق توان

1. آیا در 60 روز گذشته برای Medi-Cal تقاضا داده‌اید و از مزایای آن محروم شده‌اید؟ ❒ بلی (Yes) ❒ نخیر (No)
(Have you applied for Medi-Cal, and been DENIED benefits within the last 60 days?)

2. مجموع تعداد وابستگان که در خانوار شما زندگی می کنند (بشمول خودتان/همسر، فرزندان و اقوام وابسته که باید مالیات بدهند که با شما زندگی می کنند:________________________
(Total Number of dependents living in your household (include yourself/spouse, children and any taxable dependent relatives living with you)

برای هر یک از اعضای کلانسال فامیل، باید مدرک عواید ارایه کنید، مثال‌ها به قرار ذیل است: یک کاپی از آخرین اظهارنامه مالیاتی، دو ورقه معاشات یا W2 فعلی شما، ورقه‌های چک کمک معاش طفل، اظهارنامه بیمه اجتماعی، ورقه چک جبران خساره/ معلولیت کارگران، مکتوب حمایت و غیره. لطفاً برای تعیین ثبوت قابل قبول کمک بخواهید. ***عدم ارایه ثبوت کافی در مدت 10 روز منجر به عودت تقاضای شما و تأخیر در تاییدی می‌شود.***

اسم مریض (Patient Name) : ______________________________ تاریخ تولد (Birth Date) : ____________

For Internal Use Only						
Type of Documentation	Date Received	نوع درآمد (Income Type)	میزان درآمد (Income Amount)	تاریخ تولد (Date of Birth)	رابطه (Relationship)	اسم (Name)
		❒ دستمزد ساعتی ❒ درآمد ماهانه ❒ درآمد سالانه			خود (self)	
		❒ دستمزد ساعتی ❒ درآمد ماهانه ❒ درآمد سالانه				
		❒ دستمزد ساعتی ❒ درآمد ماهانه ❒ درآمد سالانه				
		❒ دستمزد ساعتی ❒ درآمد ماهانه ❒ درآمد سالانه				
		❒ دستمزد ساعتی ❒ درآمد ماهانه ❒ درآمد سالانه				
		❒ دستمزد ساعتی ❒ درآمد ماهانه ❒ درآمد سالانه				
		❒ دستمزد ساعتی ❒ درآمد ماهانه ❒ درآمد سالانه				

من بدینوسیله از مراکز صحی Elica درخواست می‌کنم تا بر بنیاد معلوماتی که ارایه کرده‌ام، واجد شرایط بودن من برای پروگرام فیس مطابق توان را تعیین
کند. من می‌فهمم معلومات که درباره عواید و اندازه فامیلم ارسال می‌کنم، مشمول بررسی خواهند شد. من همچنین درک می‌کنم که اگر معلوماتی که ارایه می‌کنم غلط باشد، مسئولیت تمام خدمات را با مصارف مکمل بر عهده می‌گیرم. با امضای نمودن این درخواستی، تایید می‌کنم که معلومات ارایه شده در فوق تا جایی که می‌دانم درست و صحیح است. من درک می کنم که این مسئولیت من است که تمام تغییرات مربوط به معلومات بیمه خود را به مراکز صحی Elica اطلاع دهم و در صورت عدم انجام این کار، تادیه مکمل تمام خدمات ارایه شده به عهده من خواهد بود.

امضاء: (Signature)______________________________ تاریخ: (Date)____________________

VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)

1. Monthly income verification attached: ❒Yes ❒No (Initial Self-Declaration)
2. Slide Effective Date: ______________________________
3. Qualified fee reduction: ❒≤100% ❒101-125% ❒126-150% ❒151-175% ❒176-200% ❒≥200%
4. Length of reduction: ❒1st Visit ❒ 6 months

Verification and determination by: ____________________________________Date: ____________________

اسم مریض:(Patient Name)______________________________

تاریخ تولد: (DOB)________________________________

نمبر ریکارد طبی: (MRN)______________________________

تاریخ تقاضانامه:(Date of Application) ______________________

فورم اظهارنامه خودی

من، _________________________، تصدیق می‌کنم که

❒ **گزینه 1: عواید نقدی**

❒ **Option 1: Cash Income**

من به دلیل ماهیت کارم نمی توانم ثبوت عواید خویش را ارایه کنم. من تصدیق می‌کنم که

من __________ بشکل (ساعتوار / هفته وار / ماهوار / دیگر(hour / week / month / other):) پول دریافت می‌کنم.

(dollars) (دالر) (لطفاً یکی از گزینه‌های فوق را انتخاب کنید) (Please choose one of the above options)

❒ **گزینه 2: مکتوب حمایت**

Option 2: Letter of Support

من ______________ پول در ماه دریافت می‌کنم از ________________________(

(_________________

(dollars) (دالر) (نام حامی) (supporter's name) (قرابت)

(relationship)

❒ **گزینه 3: کدام عواید ندارم**

Option 3: No Income

نه من و نه هیچ یک از اعضای فامیل کدام منبع عواید نداریم.

❒ **گزینه 4: قابل تطبیق نیست**

Option 4: Not Applicable

من می‌توانم ثبوت عواید ارایه کنم، بنابراین، گزینه‌های فوق برای من صدق نمی‌کند.

با امضای در ذیل، تایید می‌کنم که معلومات ارایه شده در فوق تا جایی که می‌دانم درست و صحیح است. من درک می کنم که این

مسئولیت من است که تمام تغییرات در عواید و حمایت خویش را به مراکز صحی Elica اطلاع دهم.

_________________________________ _________________________________

امضای مریض / نماینده (Patient / Representative Signature) تاریخ(Date)

_________________________________ _________________________________

اسم را بنویسید (Print Name) ارتباط با بیمار(Relationship to Patient)