

ثبت نام مریض  
**PATIENT REGISTRATION  
 (DARI)**

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

|   |   |
|---|---|
| <b>جنس قانونی (Legal Sex)</b><br>مونث (Female) <input type="checkbox"/> مذکر (Male) <input type="checkbox"/> غیر باینری (Nonbinary) <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |   |
| <b>هویت جنسیتی (Gender Identity)</b><br>مونث (Female) <input type="checkbox"/> مذکر (Male) <input type="checkbox"/><br>فرجنسیتی مذکر/فرجنسیتی مرد (FTM) Transgender Male/Trans Man/FTM <input type="checkbox"/><br>فرجنسیتی مونث/فرجنسیتی زن (MTF) Transgender Female/Trans Woman/MTF <input type="checkbox"/><br>غیر باینری/جنس فروشنده (Non-Binary/Genderqueer) <input type="checkbox"/> در حال جستجو (Questioning) <input type="checkbox"/><br>دو روحه (Two Spirit) <input type="checkbox"/> دیگر (Other) <input type="checkbox"/> | <b>گرایش جنسی (Sexual Orientation)</b><br>مستقیم یا دگر جنسگرا <input type="checkbox"/> (Straight or Heterosexual)<br>همجنس باز زن (Lesbian) <input type="checkbox"/><br>همجنس باز مرد (Gay) <input type="checkbox"/><br>دو جنسیتی (Bisexual) <input type="checkbox"/><br>بدون جنس (Asexual) <input type="checkbox"/><br>همه جنسیتی (Omnisexual) <input type="checkbox"/><br>فرا جنسیتی (Pansexual) <input type="checkbox"/><br>کویر (Queer) <input type="checkbox"/><br>چیز دیگری (Something Else) <input type="checkbox"/><br>نام دانم (Don't Know) <input type="checkbox"/><br>نمی خواهم افشاء کنم / رد کردن (Choose Not to Disclose / Decline) <input type="checkbox"/> |
| <b>جنس تعیین شده مریض وقت تولد (Sex Assigned at Birth)</b><br>مونث (Female) <input type="checkbox"/> مذکر (Male) <input type="checkbox"/> دو جنسه (Intersex) <input type="checkbox"/> نامعلوم (Unknown) <input type="checkbox"/><br>در کارت تولد ذکر نشده است (Not Recorded on Birth Certificate) <input type="checkbox"/> نمی خواهم افشاء کنم (Choose not to disclose) <input type="checkbox"/>  |   |

**حالت مدنی (Marital Status)**  
 مجرد (Single)  شریک (Partnered)  متأهل (Married)  طلاق شده (Divorced)  جدانشده (Separated)  بیوه (Widowed)

**قومیت شما چیست؟ (Ethnicity)**  
 غیر اسپانیایی، لاتین/ یا دارای اصلیت اسپانیایی (Not Hispanic, Latino/a or Spanish Origin)  مکزیکویی (Mexican)  مکزیکویی آمریکایی (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 آمریکایی (American Indian)  بومی آلاسکا (Alaska Native)  سیاه پوست یا آفریقایی آمریکایی (Black or African American)   
 بومی هاوایی (Native Hawaiian)  سایر باشندده جزیره های اقیانوس آرام (Other Pacific Islander)  گوامانی یا چامورو (Guamanian or Chamorro)   
 وابسته به ساموایی (Samoan)  سفید پوست (White)  هندی آسیایی (Asian Indian)  چینیایی (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 تلفون (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 پستی (State) \_\_\_\_\_ ایالت (ZIP Code) \_\_\_\_\_  
 شماره تلفون (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 (Homeless Shelter) (Living in Shelter)  مسکن انتقالی (Transitional Housing)  زندگی با دیگران (یکجایی) (Living with Others)   
 پل (Street, Camp, Bridge)  سرک، کمپ، پل   
 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 (کهنه سرباز) (At Risk for Homelessness (Veteran))

در خطر بی خانمانی (طفل) (At Risk for Homelessness (Child))

ایا 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)  بله  خیر

(Needs Interpreter?)  بله  خیر

انگلیسی صحبت می کنید؟ (Do you speak English?)  بله  خیر

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

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

زبان تحریری (Preferred Written Language) زبان تقریری (Preferred Language Spoken)

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

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

بله، مشکل شنوایی. (Yes, Hard of hearing)

بله کمک در قسمت حرکت (لطفاً تشریح کنید) (Yes, Mobility Assistance (please describe))

بله، دیگر (لطفاً تشریح کنید) (Yes, other (please))

(describe)

حالت سربازی/عسکری/متقاعد (Veteran / Military Status)  بله، وظیفه بر حال (Yes)  خیر، 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)

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))

کود (State) پستی ایالت (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 ضمائر استفاده می کنید؟ (What pronouns do you use)

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

Ze/Hir/Hirs

Ve/Vir/Virs

Ye/Yem/Yyrs

Ey/Em/Eirs

دیگر (Other)  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)

بخاطر مشکلات صورت حساب (Billing Issues)

بخاطر سوالات/نتایج مراقبت صحتی (Healthcare Questions/Results)

بخاطر پیام ها از داکتر شما (Messages from your provider)

پست (Mail) ایمیل (Email) پیام کتبی (Text) تلفون (Phone)

پست (Mail) ایمیل (Email) پیام کتبی (Text) تلفون (Phone)

پست (Mail) ایمیل (Email) پیام کتبی (Text) تلفون (Phone)

پست (Mail) ایمیل (Email) پیام کتبی (Text) تلفون (Phone)

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 کپی 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)

معلومات گروپ بیمه (Insurance Group Info)

اسم بیمه (Anthem, Aetna, HealthNet, و غیره).

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)

\_\_\_\_\_ (Insurance Name)

\_\_\_\_\_ (Insurance Member ID) آی دی عضو بیمه

\_\_\_\_\_ (Subscriber / Member Name on Card) اسم اشتراک کننده/عضو در کارت

\_\_\_\_\_ (Subscriber DOB) تاریخ تولد اشتراک کننده

\_\_\_\_\_ (Effective Date) تاریخ اجراء

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)

\_\_\_\_\_ (DATE) تاریخ

\_\_\_\_\_ (PATIENT SIGNATURE) امضای مریض

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

امضای اولیه: \_\_\_\_\_

**محصلین/ساکنین:** من درک می کنم که EHC در آموزش محصلین در مراقبت های صحتی 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 تبادل اطلاعات صحتی بین من و ارائه دهنده یا بین یک ارائه دهنده و یک ارائه دهنده دیگر، از دریافت مراقبت از طریق تلفن، پورتال 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 نکنند. 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 صحتی 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 فرم، 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 صحتی من برای اهداف شناسایی استفاده می شود.

امضای اولیه: \_\_\_\_\_

مراکز صحتی Elica بخشی از یک ترتیب مراقبت های صحتی سازمان یافته از جمله شرکت کنندگان در OCHIN است. یک لیست فعلی شرکت کنندگان OCHIN به این آدرس [www.ochin.org](http://www.ochin.org) موجود است. OCHIN به عنوان یک همکار تجاری در مراکز صحتی 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 صحتی 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 صحتی شما ممکن است توسط مراکز صحتی Elica با سایر شرکت کنندگان Ochin به اشتراک گذاشته شود، در صورت لزوم برای اهداف فعالیت مراقبت صحتی سازمان، که ترتیب مراقبت صحتی 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 فرم 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 فرم با مریض  
(برای مثال، مریض، والدین، سرپرست)

تاریخ

امضای والدین/سرپرست

تاریخ

شاهد (کارمند کلینیک) (Witness/Translator Signature)