

| | |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| نام ترجیحی (Preferred Name) | تاریخ امروز ماه/روز/سال (Today's Date) (month/day/year) |
| نام خانوادگی (Last Name) | نام (First Name) |
| تاریخ تولد ماه/روز/سال (Date of Birth) (month/day/year) | شماره تامین اجتماعی (Social Security Number) |
| آدرس منزل (Home Address) | |
| ایالت (State) | شهر (City) |
| کد پستی (Zip Code) | شماره تماس (Phone Number) |
| شماره تماس جایگزین (Alternate Phone Number) | آدرس ایمیل (Email Address) |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جنسیت قانونی (Legal Sex) <input type="checkbox"/> مونث (Female) <input type="checkbox"/> مذکر (Male) <input type="checkbox"/> غیردوگانه (Nonbinary) <input type="checkbox"/> نامشخص (Unknown) <input type="checkbox"/> | |
| جهت گیری جنسی (Sexual Orientation) <input type="checkbox"/> پنسکشوال (Pansexual) <input type="checkbox"/> کوئیر (Queer) <input type="checkbox"/> دیگر موارد (Something Else) <input type="checkbox"/> نمیدانم (Don't Know) <input type="checkbox"/> عدم افشاء/ رد کردن <input type="checkbox"/> (Choose not to disclose / Decline) | هویت جنسی (Gender Identity) <input type="checkbox"/> مونث (Female) <input type="checkbox"/> مذکر (Male) <input type="checkbox"/> مرد تراجنسیتی/مرد ترانس (FTM Transgender Male/Trans Man/FTM) <input type="checkbox"/> زن تراجنسیتی/زن ترانس (MTF Transgender Female/Trans Woman/MTF) <input type="checkbox"/> غیردوگانه/جنسیت کوئیر (Non-Binary/Genderqueer) <input type="checkbox"/> کوئشنینگ (Questioning) <input type="checkbox"/> دو روح (Two Spirit) <input type="checkbox"/> موارد دیگر (Other) <input type="checkbox"/> عدم افشاء را انتخاب کنید (Choose Not to Disclose) |
| جنسیت مشخص شده بیمار در بدو تولد (Patient's Sex Assigned at Birth) <input type="checkbox"/> مونث (Female) <input type="checkbox"/> مذکر (Male) <input type="checkbox"/> بینا جنسی (Intersex) <input type="checkbox"/> نامعلوم (Unknown) <input type="checkbox"/> ثبت نشده در گواهی تولد (Not Recorded on Birth Certificate) | |

وضعیت تاهل (Marital Status)

مجرد (Single) دارای شریک زندگی (Partnered) متاهل (Married) مطلقه (Divorced) جدانشده (Separated) بیوه (Widowed)

قومیت شما چیست؟ (What is your Ethnicity)

اصلالتا غیر اسپانیایی، لاتین یا اسپانیایی (Not Hispanic, Latino/a or Spanish Origin) مکزیکی (Mexican) مکزیکی آمریکایی (Mexican American) شیکانو (Chicano) پورتوریکویی (Puerto Rican) کوبایی (Cuban) اصلالتا سایر اسپانیایی زبانه، لاتین یا اسپانیایی تبارها (Other Hispanic, Latino/a or Spanish Origin) گزارش نشده/عدم افشاء قومیت (Unreported / Choose Not to Disclose Ethnicity)

پیشینه نژادی یا بیولوژیکی خانوادگی شما چیست؟ (همه موارد مربوطه را علامت بزنید)

What is your race or biological family background? (Check all that apply)

سرخپوستان آمریکایی (American Indian) بومی آلاسکا (Alaska Native) سیاه پوست یا آفریقایی آمریکایی (Black or African American) بومی هاوایی (Native Hawaiian) سایر ساکنان جزیره اقیانوس آرام (Other Pacific Islander) گوامانیایی یا چامورو (Guamanian or Chamorro) ساموایی (Samoan) سفید پوست (White) هندی (Asian Indian) چینی (Chinese) فیلیپینی (Filipino) ژاپنی (Japanese) کره ای (Korean) ویتنامی (Vietnamese) سایر نژادهای آسیایی (Other Asian) نژادهای دیگر (Other Race) نامعلوم (Unknown) گزارش نشده/عدم افشاء (Unreported/Choose Not to Disclose)

شماره تماس اضطراری (Emergency Contact)

نام (Name) _____
 شماره تماس (Phone Number) _____
 رابطه با بیمار (Relationship to Patient) _____

همراهان بیمار (Patient Contacts)

اطلاعات مربوط به شریک زندگی، مادر، پدر، مراقب یا سرپرست: (Spouse, Mother, Father, Caregiver or Guardian info)

نام (Name) _____ تاریخ تولد (DOB) _____ رابطه با بیمار (Relationship to Patient) _____
 آدرس (Address) _____ شهر (City) _____ ایالتی (State) _____
 کد پستی (ZIP Code) _____
 شماره تماس تلفن (Phone Number) _____
 اطلاعات پزشکی منتشر شود (Release Medical Information) بله (Yes) خیر (No)

آیا شما بی خانمان هستید؟ (Homelessness Status)

بله (Yes) خیر (بی خانمان نیست) (No, Not Homeless) در حال حاضر بی خانمان نیست (در 12 ماه گذشته بوده است) (Currently Not Homeless) اگر بله، لطفا یکی (1) از موارد زیر را انتخاب کنید (If Yes, please choose one (1) below)

زندگی در پناهگاه (پناهگاه بی خانمان ها) (Living in Shelter (Homeless Shelter)) خانه انتقالی (Transitional Housing)

زندگی با دیگران (اتاق مشترک) (Living with Others (Doubling Up)) خیابان، کمپ، پل (Street, Camp, Bridge)
 پناهگاه ناشناس بی خانمان ها (Homeless Unknown Shelter) مسکن حمایتی دائم (Permanent Supportive Housing)
 هتل تک نفره (سایر) (Single Occupancy Hotel (Other)) در معرض خطر بی خانمانی (At Risk for Homelessness)
 در معرض خطر بی خانمانی (کودک) (At Risk for Homelessness (Child)) در معرض خطر بی خانمانی (فرد سالمند) (At Risk for Homelessness (Veteran))
آیا شما کارگر فصلی یا مهاجر هستید؟ (Are you a migrant / seasonal worker) مهاجر (Migrant) فصلی (Seasonal) هیچکدام (Neither)

استخدام (Employment)

وضعیت اشتغال (Employment Status) تمام وقت (Full time) نیمه وقت (Part time) بیکار (Unemployed)
 آیا به مترجم احتیاج دارید؟ (دور گزینه مورد نظر یک دایره بکشید) بله (Yes) خیر (No)
(Needs Interpreter) بله (Yes) خیر (No)
 زبان ترجیحی من است (My preferred language is) _____
 میزان تسلط به انگلیسی (دور گزینه مورد نظر یک دایره بکشید) **(English Fluency)** عالی (Excellent) خیلی خوب (Very Good) خوب (Good)
 خوب نیست (Not Good) نه به هیچ وجه (Not at All)

(Preferred Language Spoken) زبان نوشتاری ترجیحی **(Preferred Written Language)**
(Preferred Language Spoken) زبان ترجیحی برای صحبت کردن

آیا در طول قرار ملاقات خود به کمک احتیاج دارید؟ (Would you like assistance during your appointment)
 بله، پشتیبانی از کم یا نابینایی. (Yes, support for Low Vision or Blindness)
 بله، کم شنوایی. (Yes, Hard of hearing)
 بله، کمک برای حرکت و جابجاشدن (لطفا توضیح دهید) (Yes, Mobility Assistance (please describe))
 بله، سایر موارد (لطفا توضیح دهید) (Yes, other (please describe))

وضعیت سوابق نظامی/سربازی (Veteran / Military Status) بله، در حال خدمت در ارتش (Yes) خیر، دارای سابقه قبلی (No, I am not a veteran (or served in the military))

اطلاعات دمو گرافیک بیشتر (Additional Demographics)

کشور مبدأ **(Country of Origin)** _____
 شناسنامه/گواهینامه رانندگی **(ID/Driver License)** _____ ایالت **(State)** _____
 تاریخ انقضاء **(Expiration Date)** _____

ضامن بیمه (Insurance Guarantor)

خود (Self)
 برای فرزندان - نام والدین یا قیم قانونی (For children - name of parent or legal guardian) _____
 تاریخ تولد (ماه/روز/سال) **(Day of Birth (month/day/year))** _____
 آدرس (در صورتی که با آدرس بیمار متفاوت است) **(Address (if different from patient's))** _____
(State) ایالتی **(ZIP Code)** _____
 رابطه خویشاوندی با بیمار **(Relationship to Patient)** _____

تعداد اعضای خانواده شما (شما و وابستگانتان) (Total number of people in your household (you and your dependents)) _____
 درآمد خانوار شما بدون احتساب مالیات چقدر است؟ \$ (What is your household income before taxes) _____
 در ماه (Monthly) در سال (Yearly)
 عدم تمایل به افشاء اطلاعات (Choose Not to Disclose)

از چه ضمیری استفاده می کنید؟ (What pronouns do you use) او/وی/او/وی (He/Him/His (مرد)) او/وی/او/وی (She/Her/Hers (زن))
 They/Them/Theirs Ze/Hir/Hirs Ey/Em/Eirs
 Xe/Xem/Xyrs Ve/Vir/Virs
 سایر (Other) نام بیمار (Patient's Name) نامعلوم (Unknown) امتناع از پاسخ (Decline to Answer)

لطفا چگونگی تماس با شما را مشخص کنید (How do you want us to contact you)

موارد ترجیحی برای ارتباط (دور گزینه مورد نظر یک دایره بکشید) (Communication Preferences)
 از چه طریق می خواهید برای هماهنگی قرار ملاقات با شما تماس گرفته شود **(How would you like to be contacted for Appointments)**
 برای مسائل مربوط به ارایه صورت حساب **(Billing Issues)**
 سوالات/نتایج مربوط به مراقبت های بهداشتی **(Healthcare Questions/Results)**
 پیام های مربوط به ارائه دهنده خدمات شما **(Messages from your provider)**

| | | |
|---------------|------------------|--------------|
| ایمیل (Email) | پیام متنی (Text) | تلفن (Phone) |
| پست (Mail) | پیام متنی (Text) | تلفن (Phone) |
| ایمیل (Email) | پیام متنی (Text) | تلفن (Phone) |
| پست (Mail) | پیام متنی (Text) | تلفن (Phone) |

بیمه (Insurance)

شماره شناسه عضویت **(Medicare (Medicare Member ID Number))** _____ تاریخ صدور **(Effective Date)** _____
 شماره شناسه عضویت **(Medicaid (Medicaid Member ID Number))** _____ تاریخ صدور **(Effective Date)** _____

1. کارت بیمه و شناسه CA خود را به مسئول پذیرش بدهید تا در چارت شما درج کند (Give receptionist your insurance card and CA ID to copy for your chart)

2. ارائه درخواست تعیین سطح فقر فدرال و اثبات درآمد برای استفاده در جدول قابل تطبیق با درآمد (در صورت پرداخت توسط خود شما)

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

3. پذیرش اسناد مربوط به شما را برای استفاده در چارت اسکن می کند (Receptionist will scan your documents into your chart)

اطلاعات مربوط به گروه بیمه
(Insurance Group Info)

Nivano

River City Medical Group

Partnership Health

Hill Physicians

Molina

سایر (Other)

(نام گروه برای نمونه: WellSpace)

(Kaiser, CHCN, One Community و غیره.)

نام بیمه (Anthem, Aetna, HealthNet, غیره.)

_____ (Insurance Name (Anthem, Aetna, HealthNet, etc))

شناسه عضویت بیمه (Insurance Member ID)

نام مشترک/عضو درج شده بر روی کارت (Subscriber/Member Name on Card)

تاریخ تولد مشترک مورد نظر (Subscriber DOB)

تاریخ صدور (Effective Date)

من با آگاهی از مجازات در نظر گرفته شده برای شهادت دروغ اعلام می کنم که تا جایی که آگاهی دارم اطلاعات فوق درست و صحیح هستند.

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

تاریخ (DATE)

امضاء بیمار (PATIENT SIGNATURE)

درمان: بدنیوسیله رضایت خود نسبت به خدمات درمانی ارائه شده توسط ارائه دهندگان مراکز بهداشتی الیکا (EHC)، و همچنین دستیاران آنها و سایر کارکنان EHC را اعلام می دارم. من میدانم که یک پرونده پزشکی توسط کلینیک در مورد من تهیه و نگهداری می شود و با امضای فرم مجوز سوابق پزشکی ارائه شده توسط کلینیک، این حق را دارم که یک کپی از پرونده پزشکی خود را دریافت کنم.

امضاء: _____

دانشجویان/رزیدنتها: من مطلع هستم EHC در آموزش دانشجویان در زمینه مراقبتهای بهداشتی مشارکت می کند. من در هر زمانی که بخواهم می توانم از مشارکت آنها در خدمات درمانی خود معافیت کنم.

امضاء: _____

بهداشت از راه دور: در صورت بروز ضرورت دریافت خدمات پزشکی و بالینی و متناسب با تبادل اطلاعات پزشکی بین من و ارائه دهنده، یا بین یک ارائه دهنده و ارائه دهنده دیگر، من موافقت می کنم که از طریق تلفن، خدمات سلامت از راه دور یا پورتال بیمار، مراقبت های لازم را دریافت کنم.

امضاء: _____

تخصیص مزایا: پرداخت مستقیم از مزایای EHC و در صورت عدم امکان پرداخت مستقیم به خود را مجاز می دانم، اما به شرطی که از هزینه های معمول EHC برای ارائه این خدمات تجاوز نکند. من از نظر مالی و برای هرگونه هزینه ای که تحت پوشش بیمه من نیست، از جمله مابه التفاوت هزینه های من پس از اعمال تخفیف، در مقابل EHC مسئول هستم و نسبت به این موضوع مطلع هستم.

امضاء: _____

قرارداد مالی: برای پرداخت تمام هزینه هایی که توسط بیمه یا شخص ثالث قابل پرداخت نیست موافقت خود را اعلام می دارم. من موافقت می کنم که پایبند شرایط و ضوابط خط مشی مجموعه های EHC باشم. مراکز بهداشتی الیکا یک کلینیک رایگان نیست و عدم تحقق تعهد مالی شما در قبال ما یا عدم موافقت با برنامه پرداخت، به واسطه عدم پذیرش مالی، ممکن است به محرومیت شما از خدمات ما منجر شود. مطابق با خط مشی مجموعه EHC، EHC ممکن است تصمیم بگیرد که رابطه خود را با هر بیماری که از این قرارداد مالی تبعیت نمی کند، خاتمه دهد.

امضاء: _____

انتخاب آزاد داروخانه بیمار (در صورت نیاز وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، اداره منابع و خدمات (HRSA) و ایالت کالیفرنیا) پدین وسیله اذعان می دارم که در انتخاب داروخانه آزاد هستم. هر گونه فکس یا ارسال الکترونیکی نسخه های من باید به داروخانه یا داروخانه ای که انتخاب می کنم صورت بگیرد. اگر من واجد شرایط دریافت دارو از طریق یک برنامه داروخانه ای رایگان یا تخفیفی باشم، به یک داروخانه یا داروخانه خاص هدایت خواهم شد. الیکا دارای داروهای رایگان یا دارای تخفیف در برخی داروخانه های طرف قرارداد است. اگر بخواهم از یک داروخانه طرف قرارداد استفاده نکنم، ممکن است آن نسخه را در داروخانه دیگری با قیمت بدون تخفیف دریافت کنم.

امضاء: _____

اطلاع از اقدامات مربوط به حفظ حریم خصوصی: با امضای این فرم، دریافت اعلامیه اقدامات حفظ حریم خصوصی این کلینیک را تایید می کنم.

اعتبار موافقتنامه: من درک می کنم که این موافقتنامه تا زمانی معتبر خواهد بود که در مراکز بهداشتی الیکا، من یک بیمار یا قیم قانونی یک بیمار باشم. من از این حق برخوردارم که در هر زمانی که بخواهم می توانم رضایتم را پس بگیرم. اگر من بخواهم این کار را انجام دهم، بایستی لغو رضایت را به صورت کتبی به کلینیک ارائه دهم. لغو رضایت نامه تنها برای موارد پس از ارائه آن اعمال خواهد شد و اطلاعاتی که قبلاً برای آن ها رضایت نامه ارائه کرده بودم را شامل نمیشود.

امضاء: _____

عکس ها: من رضایت می دهم که از من یا فرزندم (یا کسی که من قیم قانونی او هستم) عکس گرفته شود. من می دانم که این اطلاعات فقط برای درج در سوابق مربوط به سلامتی من و با هدف شناسایی استفاده می شود.

امضاء: _____

مراکز بهداشتی الیکا بخشی از یک چپش سازمان یافته خدمات مراقبت بهداشتی از جمله شرکت کنندگان در OCHIN است. فهرست فعلی مشارکت کنندگان OCHIN در www.ochin.org در دسترس است. به عنوان یکی از همکاران تجاری مراکز بهداشتی OCHIN، Elica به نمایندگی از شرکت کنندگان خود در ارزیابی کیفیت و فعالیت های بهبود مشارکت می کند. برای مثال، برای تعیین و مقرر کردن بهترین استانداردهای عملی و دسترسی به مزایای بالینی که ممکن است از استفاده از سیستمهای پرونده الکترونیکی سلامت حاصل شود، OCHIN از طرف سازمانهای فعال، فعالیتهای باز بینی بالینی را هماهنگ می کند. همچنین OCHIN برای بهبود مدیریت ارجاعات بیماران داخلی و خارجی به شرکت کنندگان کمک می کند تا به صورت مشارکتی فعالیت نمایند. در صورتی که برای اهداف عملیاتی مراقبت های بهداشتی سازمان، برنامه ریزی مراقبت های بهداشتی ضروری باشد، اطلاعات سلامتی شما ممکن است توسط مراکز بهداشتی الیکا با دیگر شرکت کنندگان OCHIN به اشتراک گذاشته شود.

امضاء: _____

پرداخت های باز: پایگاه داده پرداخت های باز یک ابزار فدرال است که برای جستجوی پرداخت های انجام شده توسط شرکت های دارویی و تجهیزات، به پزشکان و بیمارستان های آموزشی مورد استفاده قرار می گیرد. آن را می توانید در سایت زیر بیابید <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

امضاء: _____

امضاء: _____

با امضای زیر و تا جایی که از صحت و درستی اطلاعات ارائه شده در فرم ثبت نام بیمار آگاهی دارم را تایید می کنم و همچنین من بخش رضایت نامه را خواندم و شرایط آن را فهمیده ام و می پذیرم.

اسم واضح مریض

رابطه خویشاوندی امضاء کننده «فرم» با بیمار

(به عنوان مثال، بیمار، والدین، قیم یا سرپرست)

امضای بیمار

تاریخ

فرد شاهد (عضو پرسنل کلینیک)

تاریخ