

غوره شوی نوم (Preferred Name)	د نن نېټه کال/اوړخ/مياشت (Today's Date (month/day/year))
تخلص (Last Name)	نوم (First Name)
د زېږېدو نېټه کال/اوړخ/مياشت (Date of Birth (month/day/year))	د ټولنيز امنيت شمېره (Social Security Number)
د کور پته (Home Address)	
ښار (City)	ایالت (State)
د تېلېفون شمېره (Phone Number)	د تېلېفون بدیل شمېره (Alternate Phone Number)
برېښنالیک پته (Email Address)	

<input type="checkbox"/> (Male) نارینه <input type="checkbox"/> (Female) ښځینه <input type="checkbox"/> (Nonbinary) غیر باینري <input type="checkbox"/> نامعلوم (Unknown)	قانوني جنس (Legal Sex) جنسیتي پیژندنه (Gender Identity) <input type="checkbox"/> نارینه (Male) <input type="checkbox"/> ښځینه (Female) <input type="checkbox"/> ترانسجنډر نارینه/ترانس سړی (FTM) (Transgender Male/Trans Man/FTM) <input type="checkbox"/> ترانسجنډر ښځینه/ترانس ښځه (MTF) (Transgender Female/Trans Woman/MTF) <input type="checkbox"/> غیر باینري/جنډر کیور (Non-Binary/Genderqueer) <input type="checkbox"/> تر پوښتنې لاندې (Questioning) <input type="checkbox"/> دوه سپریټه (Two Spirit) <input type="checkbox"/> بل ډول (Other) <input type="checkbox"/> نه افشا کول غواړم (Choose Not to Disclose)
<input type="checkbox"/> پان جنسي (Pansexual) <input type="checkbox"/> عجیب (Queer) <input type="checkbox"/> یو بل څه (Something Else) <input type="checkbox"/> نه پوهېږم (Don't Know) <input type="checkbox"/> نه افشا کول غواړم / ردوم یې <input type="checkbox"/> (Decline) Choose Not to Disclose /	جنسي تمایل (Sexual Orientation) <input type="checkbox"/> مستقیم یا بل جنس ته مایل (Straight or Heterosexual) <input type="checkbox"/> ښځینه همجنسگرا (Lesbian) <input type="checkbox"/> نارینه همجنسگرا (Gay) <input type="checkbox"/> دوه جنسه (Bisexual) <input type="checkbox"/> جنسي فعالیت نه لرونکی (Asexual) <input type="checkbox"/> هر ډول جنسگرا (Omnisexual)

<input type="checkbox"/> نارینه (Male) <input type="checkbox"/> ښځینه (Female) <input type="checkbox"/> نرېنځوکی (Intersex)	په زېږون کې د ناروغ ټاکل شوی جنس (Patient's Sex Assigned at Birth) <input type="checkbox"/> نامعلوم (Unknown) <input type="checkbox"/> د زېږون په تصدیق کې ثبت شوی نه دی (Not Recorded on Birth Certificate) <input type="checkbox"/> نه یې افشا کوم (Choose not to disclose)
---	---

<input type="checkbox"/> مجرد (Single) <input type="checkbox"/> ملگری لرونکی (Partnered) <input type="checkbox"/> متاهل (Married) <input type="checkbox"/> طلاق/طلاقه شوی (Divorced)	مدني حالت (Marital Status) <input type="checkbox"/> جلا شوی (Separated) <input type="checkbox"/> کونډاکونده (Widowed)
---	--

<input type="checkbox"/> هسپانوي، لاتیني/لاتیني یا هسپانوي اصل نه يم (Not Hispanic, Latino/a or Spanish origin) <input type="checkbox"/> شيکاګويي (Chicano) <input type="checkbox"/> پورتوريکويي (Puerto Rican) <input type="checkbox"/> کیویایي (Cuban) <input type="checkbox"/> بل هسپانوي، لاتیني/لاتیني یا هسپانوي اصل (Other Hispanic, Latino/a or Spanish Origin) <input type="checkbox"/> راپور یې نه دی ورکړل شوی/نژاد نه افشا کول غوره کوم (Unreported/Choose Not to Disclose Ethnicity)	ستاسو نژاد څه دی؟ (What is your Ethnicity)
--	---

<input type="checkbox"/> سور پوستي امریکایي (American Indian) <input type="checkbox"/> اصلي هوابی (Native Hawaiian) <input type="checkbox"/> ساموایي (Samoan) <input type="checkbox"/> کوریایي (Korean) <input type="checkbox"/> نامعلوم (Unknown)	ستاسو نسل یا بیولوژیکي کورنی مخینه څه ده؟ (ټول هغه موارد په نښه کړئ چې پلي کیږي) (What is your race or biological family background) (Check all that apply) <input type="checkbox"/> تور نژادا یا افرقایي الاصله امریکایي (Black or African American) <input type="checkbox"/> الاسکا بومي (Alaska Native) <input type="checkbox"/> ګواماني یا چمورو (Guamanian or Chamorro) <input type="checkbox"/> چینایي (Chinese) <input type="checkbox"/> نورو آسیایي ډوله (Other Asian) <input type="checkbox"/> بل نژاد (Other Race) <input type="checkbox"/> راپور یې نه دی ورکړل شوی/نه افشا کول غوره کوم (Unreported/Choose Not to Disclose)
--	---

د پېړنی اړیکې شمېره (Emergency Contact) نوم (Name)
--

له ناروغ سره یې رابطه (Relationship to Patient)	د تېلېفون شمېره (Phone Number)
---	--------------------------------

د ناروغ د اړیکې کسان (Patient Contacts)
--

د میره/مېرمن، مور، پلار، ساتونکي یا سرپرست معلومات: (Spouse, Mother, Father, Caregiver or Guardian info)
نوم (Name) _____ د زېږون نېټه (DOB) _____
له ناروغ سره یې رابطه (Relationship to Patient) _____
پته (Address) _____ ښار (City) _____ د ایالت (State) _____
زیپ کوډ (ZIP Code) _____
د تېلېفون شمېره (Phone Number) _____ د خپراوي طبي معلومات (Release medical information) <input type="checkbox"/> هو (Yes) <input type="checkbox"/> نه (No)

ايا بي كوره ياسته؟ (Are you experiencing homelessness)

هو (Yes) نه بي كوره نه يم (No, Not Homeless) اوسمهال بي كوره نه يم (په تېرو 12 مياشتو كي بي كوره وم) (Currently not Homeless (was in the last 12 months))
كه خواب هو وي، په مهرباني سره يو (1) انتخاب كړئ (If Yes, please choose one (1) below)
په سرپناه كي ژوند كول (د بي كوره كسانو سرپناه) (Living in Shelter (Homeless Shelter))
له نورو سره ژوند كول (نوه برابره كېدل) (Living with Others (Doubling Up))
د بي كوره كسانو سرپناه (Homeless Unknown Shelter)
د واحد اوسېدو هوټل (نور) (Single Occupancy Hotel (Other))
د بي كوره والي په خطر كي (ماشوم) (At Risk for Homelessness (Child))
د بي كوره والي په خطر كي (تقاعد شوي پوځي) (At Risk for Homelessness Veteran)
ليرېدونكي مسكن (Transitional Housing)
سرك، كمپ، پل (Street, Camp, Bridge)
دايمي ملاتړي مسكن (Permanent Supportive Housing)
د بي كوره والي په خطر كي (At Risk for Homelessness)
د بي كوره والي په خطر كي (تقاعد شوي پوځي) (At Risk for Homelessness Veteran)

ايا تاسو كډوال/موسمي كارگر ياسته؟ (Are you a migrant / seasonal worker)

(Neither) يو هم نه

(Seasonal) موسمي

(Migrant) كډوال

دنده (Employment)

د دندې وضعيت (Employment Status) بشپړ وخت (Full time) نيمه وخت (Part time) بي كاره (Unemployed)
شفاهي ژباړن ته اړتيا لري؟ (تر يوه دايره تاو كړئ) (Needs Interpreter)
په انگليسي خبري كوئ؟ (Do you speak English) هو (Yes) نه (No)
زما غوره شوي ژبه (My preferred language is) _____

په انگليسي كي رواني (تر يوه دايره تاو كړئ) (English Fluency) اعلي (Excellent) عالي (Very Good) ښه (Good) بيخي ښه نه (Not Good) ښه نه (Not at All)

د ليكلو غوره شوي ژبه (Preferred Written language) د ويلو غوره شوي ژبه (Preferred Language Spoken)

د ليدزمني په بهير كي مرسته غواړئ؟ (Would you like assistance during your appointment)

هو، د كم ليد يا روڼوالي له امله ملاتړ. (Yes, support for Low Vision or Blindness)
هو، په سختي اورم. (Yes, Hard of hearing)
هو، د خوځښت په برخه كي مرسته (په مهرباني سره يې تشرېح كړئ) (Yes, Mobility Assistance (please describe))
هو، بل ډول (په مهرباني سره يې تشرېح كړئ) (Yes, other (please describe))

د تقاعد پوځي/نظامي وضعيت (Veteran / Military Status)

هو، فعاله دنده (Yes)
نه، زه پخواني تقاعد شوي پوځي نه يم (يا مي په نظام كي خدمت نه دی كړی). (No, I am not a veteran (or served in the military))

اضافي تر جمعيت پورې تړلي معلومات (Additional Demographics)

اصلي هېواد (Country of Origin)
آيدي/اد موټر چلولو لايسنس (ID/Driver License) ايالت (State)
د انقضاء نېټه (Expiration Date)

د بيمې ضامن (Insurance Guarantor)

د خان لپاره (Self)
د ماشوم لپاره - د والدينو يا قانوني سرپرست نوم (For children - name of parent or legal guardian)
د زيرون نېټه (كال/ورځ/مياشت) (Day of Birth (month/day/year))
پته (كه توپير لري د ناروغ هغه) (Address (if different from patient's))
د ايالت (State) زيپ كود (ZIP Code)
له ناروغ سره يې رابطه (Relationship to Patient)

ستاسو په كورني كي د ټولو خلكو شمير (تاسو او ستاسو پورې تړلي) (Total number of people in your household (you and your dependents))

ستاسو د كورني عايد تر مالي مخكي څومره دی (\$) (What is your household income before taxes)
كلني (Yearly) نه افشا كول غوره كوم (Choose Not to Disclose)

تاسو كوم نومخري يا ضميرونه كاروئ؟ (What pronouns do you use)

هغه/هغې/ده (She/Her/Hers)
هغه/هغه/ده (He/Him/His)
دوي/دوي/ده (We/Us/Ours)
دوي/دوي/ده (You/Your/Yours)
نومعلوم (Unknown)
خواب وركول ردوم (Decline to Answer)
بل (Other)

له موږ غواړئ چي څه ډول له تاسو سره اړيکه ونيسو (How do you want us to contact you)

د اړيکو تينگولو غوره والي (تر يوه دايره تاو كړئ) (Communication Preferences (Circle One))

غواړئ څه ډول د ليدزمنو لپاره د سره اړيکه ونيول شي (How would you like to be contacted for Appointments)
د بېل صادرول (Billing Issues)
د روغتيايي پاملرنې پوښتنې/پاڼي (Healthcare Questions/Results)
ستاسو د چمتوكونكي لخوا پوښتنې (Messages from your provider)

د Medicare غږي آيډي شمېره (Medicare Member ID Number) _____ د نفاذ نېټه (Effective Date) _____

د Medicaid غږي آيډي شمېره (Medicaid Member ID Number) _____ د نفاذ نېټه (Effective Date) _____

استقبال کوونکي ته خپل د بيمې کارت او د CA آيډي ورکړئ څو ستاسو چارټ کاپي کړي (Give receptionist your insurance card and CA ID to copy for your chart)

1. د فدرالي بې وزلي کچې غوښتنلیک او د افرادو د عايد جدول ثبوت ورکړئ (که ځاني اداينه وي)

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

2. استقبال کوونکي به ستاسو اسناد ستاسو په چارټ کې سکين کړي (Receptionist will scan your documents into your chart)

<p>د بيمې د گروپ معلومات (Insurance Group Info)</p> <p>(Nivano) <input type="checkbox"/></p> <p>River City Medical گروپ <input type="checkbox"/></p> <p>(Partnership Health) <input type="checkbox"/></p> <p>(Hill Physicians) <input type="checkbox"/></p> <p>(Molina) <input type="checkbox"/></p> <p>بل (Other) <input type="checkbox"/></p> <p>(د گروپ نوم د بېلگې په توگه: WellSpace, ,Name of group i.e; WellSpace) ,One Community, CHCN, Kaiser, etc او داسې نور...</p>	<p>د بيمې نوم Anthem, Aetna, HealthNet, etc. _____</p> <p>Insurance Name Anthem, Aetna, HealthNet, etc _____</p> <p>د بيمې د غږي آيډي Insurance Member ID _____</p> <p>په کارت کې د گډون کوونکي/غږي نوم Subscriber/Member Name on Card _____</p> <p>د گډون کوونکي د زيږېدو نېټه Subscriber DOB _____</p> <p>د نفاذ نېټه Effective Date _____</p>
--	--

زه د دروغو شهادت د جزا له مخې اعلان کوم چې پورتنې معلومات زما د پوهې له مخې ريښتيني او سم دي.

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

نېټه (DATE)

د ناروغ لاسليک (PATIENT SIGNATURE)

درملنه: زه د Elica روغتیایی مرکزونو (EHC) چمتو کوونکو، همدارنگه د دوی مرستیالانو او د EHC نورو کارکوونکو لخوا د چمتو شوي درملني لپاره رضایت لرم. زه پوهیږم چې د کلینیک لخوا به زما په اړه یو طبی سوابق چمتو او ساتل کیږي او دا چې زه حق لرم چې د نوموړي موخي لپاره د کلینیک لخوا چمتو د شوو طبی سوابقو یوه کاپي د طبی سوابقو د اجازي ورکولو د فورمي په لاسلیک کولو سره ترلاسه کړم.

د نوم لومړي توري:

زده کوونکي/اوسزدونکي: زه پوهیږم چې EHC د روغتیایی پاملرنې په برخه کې د زده کوونکو په زده کړه کې برخه اخلي. زه هر وخت کې زما په پاملرنې کې د دوی کېدون رډولې شم.

د نوم لومړي توري:

له لري روغتیایا: زه د تلفون، له لري روغتیایا یا د ناروغ پورتل له لاري د پاملرنې ترلاسه کولو ته رضایت ورکوم کله چې زما او چمتو کوونکي یا د یو چمتو کوونکي او بل چمتو کوونکي تر منځ د طبی معلوماتو تبادلې کولو لپاره طبی اړتیا شته وي او له کلینیکي اړخه مناسبه وي.

د نوم لومړي توري:

د کتو اداینه: زه په مستقیم ډول EHC ته د کتو د اداینې اجازه ورکوم کله چې د دی پرته باید ما ته د اداینې وړ وي، خو د دی خدمت لپاره د EHC له منظم لگښتونو څخه ډیر نه وي. زه پوهیږم چې زه EHC ته د هر هغه ډول لگښتونو لپاره مالي مسؤل یم چې زما د بیمې لخوا پوښل شوي نه دي تر تخفیف یا کمښت وروسته زما د لگښتونو د بیلائس په کېدون.

د نوم لومړي توري:

مالي موافقت: زه موافق یم چې ټول هغه لگښتونه ادا کړم چې د بیمې یا دریمې ډلې لخوا نه ورکول کیږي. زه د EHC د راتلولو پالیسي د شرایطو او قوانینو لخوا له منع کېدو سره توافق کوم. Elica روغتیایی مرکزونه وریا کلینیک نه دی او مور ته ستاسو د مالي مسؤلیت په پوره کولو کې پاتې راتگ یا د اداینې له مهالویش سره موافقه کول ممکن زموږ له خدمتونو څخه له مالي اړخه ستاسو د وتلو لامل شي. EHC د EHC د راتلولو د پالیسي له مخې کولی شي د هر هغه ناروغ سره خپلې اړیکې پای ته ورسوي چې د دی له مالي موافقتنامې سره مطابقت نه لري.

د نوم لومړي توري:

د ناروغ د درملتون وریا انتخاب (لکه څنګه چې د متحده ایالاتو د روغتیایي او بشري خدمتونو ډیپارټمنټ، د سرچینو او خدمتونو ادارې (HRSA) او د کالیفورنیا ایالت لخوا اړین دی) زه دلته دا تصدیقوم چې زه د درملتون د غوره کولو په برخه کې خپلواک یم. زما د نسخې هر ډول فکس کول یا بریښنایی لیرد باید درملتون یا هغه درملو برابرولو ځای ته وي چې زه یې غوره کوم. که زه د وریا یا تخفیف لرونکي درملتون پروګرام له لاري د درملو پر شرایطو برابر یم، زه به یو ځانګړي د درملو برابرولو ځای یا درملتون ته واستول شم. Elica په ځانګړو قراردادي درملتونونو کې وریا یا تخفیف لرونکي درمل لري. که زه د قراردادي درملتون نه کارول غوره کړم، ممکن دا نسخه په بل درملتون کې په تخفیف نه لرونکي بېي سره ډکه کړم.

د نوم لومړي توري:

د محرمیت طرز العملونو خبرتیا: زه د دغې فورمي په لاسلیک کولو سره د کلینیک د محرمیت طرز العملونو خبرتیا ترلاسه کول تصدیقوم.

د نوم لومړي توري:

د رضایت اعتبار: زه پوهیږم چې دا رضایت به د تر هغه د اعتبار وړ وي تر څو چې زه د Elica روغتیایی مرکزونو ناروغ یا قانوني سرپرست یم. زه حق لرم چې هر وخت خپل رضایت بیرته واخلم. که زه دا رضایت اخیستل غوره کړم، باید کلینیک ته یې په لیکلو کې چمتو کړم. د رضایت بیرته اخیستل به یوازې وروسته تر هغې پلي شي چې کله ترلاسه شي او نه د هغو معلوماتو لپاره چې ما مخکې یې پر اساس رضایت ورکړی و.

د نوم لومړي توري:

انځورونه: زه د خپل ځان یا زما ماشوم (یا هغه شخص چې زه یې قانوني سرپرست یم) د انځورونو اخیستو ته رضایت ورکوم. زه پوهیږم چې معلومات به یوازې زما د روغتیایی سوابقو لپاره د پیژندنې موخو په پار وکارول شي.

د نوم لومړي توري:

Elica روغتیایی مرکزونه د OCHIN برخه اخیستونکو په کېدون د منظمې روغتیایی پاملرنې د تنظیم برخه ده. د OCHIN برخه اخیستونکو اوسنی لست په www.ochin.org کې شته دی. OCHIN د Elica روغتیایی مرکزونو د سوداګرۍ د همکار په توګه د خپلو برخه اخیستونکو په استازیتوب د کیفیت ارزونې او پرمختیا په فعالیتونو کې هم بوخت دی. د مثال په توګه OCHIN د برخه اخیستونکو سازمانونو په استازیتوب د کلینیکي بیاکتنې فعالیتونه همغږي کوي څو د غوره تمرین معیارونه رامنځته کړي او کلینیکي کتو ته لاسرسی ومومي کومې چې ممکن د بریښنایی سوابقو د سیسټمونو له کارولو څخه ترلاسه کیږي. OCHIN همداراز له برخه اخیستونکو سره د داخلي او بهرنیو ناروغانو د مراجعې د مدیریت د پرمختیا لپاره په ګډه د کار کولو په برخه کې مرسته کوي. ستاسو روغتیایی معلومات ممکن د Elica روغتیایی مرکزونو لخوا د OCHIN له نورو برخه اخیستونکو سره شریک شي کله چې د سازمان د روغتیایی پاملرنې د عملیاتو د موخو لپاره اړین وي چې د روغتیایی پاملرنې تنظیم دي.

د نوم لومړي توري:

پرانېستې تادیات: د پرانېستو تادیاتو ډیټابیس یوه فدرالي وسیله ده چې د درملو او وسیلو شرکتونو لخوا ډاکټرانو او تدریسي روغتونونو ته د اداینو د لټون لپاره کارول کیږي. په دی لینک کې کونډل کېدی شي <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

د نوم لومړي توري:

زه لاندې په لاسلیک کولو سره تاییدوم چې د ناروغ د راجسټریشن په فورمه کې چمتو شوي معلومات زما د غوره پوهې له مخې سم او صحیح دي او دا چې ما د رضایت برخه لوستی او پري پوهیږم او شرایط یې منم.

ناروغ سره یې اړیکه
(بېلګې په توګه، ناروغ، والدین، سرپرست)

فورمي د لاسلیک کوونکي کس روښانه نوم

پټه

د ناروغ سرپرست لاسلیک

پټه

(شاهد) د کلینیک د کارکوونکو غړی
(Witness/Translator Signature)