

شما چگونه راجع به ما مطلع شدی؟ روزنامه رسانه های اجتماعی/جستجوی شبکه ارجاع بیمه خانواده/دوست

اطلاعات بیمار											
نام (خانوادگی، کوچک، M.I.)		SSN		N/A		تاریخ تولد		زبان		ارائه کننده مراقبت اولیه	
نشانی ارسال صورتحساب		شهر		ایالت		کد		جنسیت:		مذکر / مونث	
نشانی فیزیکی (در صورت تفاوت با نشانی ارسال صورتحساب)		شهر		ایالت		کد					
تلفن خانه xxx-xxx-xxxx		تلفن محل کار xxx-xxx-xxxx		تلفن همراه XXX-XXX-XXXX		ایمیل (example@test.com)					
روش ترجیحی برقراری ارتباط (ضروری)		وضعیت تاهل		نژاد		قومیت					
خانه محل کار تلفن همراه ایمیل متن											
نام تماس اضطراری											
نشانی		شماره تلفن		شغل							
کارفرمای اولیه		کارفرمای ثانویه (در صورت کاربرد)									
نشانی		شهر		ایالت		کد پستی					
تلفن محل کار		شغل		تلفن محل کار		شغل					

دارنده بیمه نامه/ضامن (اگر با بیمار متفاوت است)											
نام (خانوادگی، کوچک، M.I.)		SSN		تاریخ تولد		زبان		ارائه کننده مراقبت اولیه		جنسیت:	
نشانی ارسال صورتحساب		شهر		ایالت		کد		مذکر / مونث			
نشانی خیابان (اگر با نشانی صورتحساب متفاوت است)		شهر		ایالت		کد					
تلفن خانه xxx-xxx-xxxx		تلفن محل کار xxx-xxx-xxxx		تلفن همراه XXX-XXX-XXXX		ایمیل					
روش ترجیحی برقراری ارتباط (ضروری)		وضعیت تاهل		نژاد		قومیت					
خانه محل کار تلفن همراه ایمیل متن											
رابطه با بیمار											

بیمه اولیه											
نام شرکت بیمه		شماره بیمه نامه									
نام دارنده بیمه نامه		شماره گروه		تاریخ تولد							
رابطه با بیمار		مبلغ پرداخت مشترک PCP		مبلغ قابل کسر خود		مبلغ قابل کسر خانواده					
نشانی شرکت بیمه		مبلغ قابل کسر خود		تاریخ انقضاء							
شهر، ایالت، کد پستی		تاریخ اجرا									

بیمه ثانویه											
نام شرکت بیمه		شماره بیمه نامه									
نام دارنده بیمه نامه		شماره گروه		تاریخ تولد							
رابطه با بیمار		مبلغ پرداخت مشترک		مبلغ قابل کسر خود		مبلغ قابل کسر خانواده					
نشانی شرکت بیمه		مبلغ قابل کسر خود		تاریخ انقضاء							
شهر، ایالت، کد پستی		تاریخ اجرا									

اطلاعات ارجاعی											
نام پزشک معالج		پزشک مراقبت اولیه									

رضایت از درمان/انتشار اطلاعات: من به Palomar Health Medical Group اجازه میدهم درمان پزشکی را اجرا و روندهای پزشکی را در صورت ضرورت انجام دهد. من اجازه میدهم اطلاعات پزشکی در اختیار بیمه گر، یا نمایندگان بیمه گر قرار گیرد تا پرداختها را پردازش کنند. تا آنجا که من میدانم، همه اطلاعات فوق درست و واقعی است.

بیمه نامه مالی: پرداخت به طور کامل یا پرداخت با هم در زمان انجام خدمت مورد نظر است. خدمات ارائه شده ای که یکی از مزایای پوشش برنامه سلامت شما نیستند مسئولیت شما خواهد بود.

واگذاری منافع: بدینوسیله اینجانب همه منافع قابل پرداخت از سوی شرکت بیمه ام را به Palomar Health Medical Group واگذار میکنم.

نسبت با بیمار

تاریخ

امضای بیمار/قیم

اطلاعات بیمار

قابل کسر/بیمه مشترک: کل بیمه اتکائی و مبالغ کسری قابل اجرا در زمان ارائه خدمت لازم است پرداخت شوند. برآورد صورت خواهد گرفت و مبالغ قابل کسری در زمان انجام خدمت باید پرداخت شود. این پرداخت نهائی نیست و هرگونه مانده اضافی لازم که بعد از درخواست بیمه مقرر شود منوط به دریافت صورتحساب خواهد بود. **اقدامات اولیه** _____

پرداختهای مشترک: شرکت بیمه شما ما را موظف میکند تا پرداختهای مشترک را در زمان ارائه خدمت جمع کنیم. طبق قوانین ایالتی و فدرال، پرداختهای مشترک قابل چشم پوشی نخواهند بود. **اقدامات اولیه** _____

چکها: چکهای برگشتی ممکن است مشروط به پرداخت هزینه \$30.00 باشند. **اقدامات اولیه** _____

بیماران پرداخت نقدی: مبالغی که برای دیدار شغلی برنامه ریزی شده میپردازید ممکن است پرداخت نهائی شما نباشد. هزینه های دیگری که ممکن است بخاطر قرار امروز به وجود آید شامل، اما نه محدود به، تستهای آزمایشگاهی، تستهای اشعه ایکس، هر نوع تزریق، روندهای خاص یا هزینه های دیدار شغلی اضافی هستند. **اقدامات اولیه** _____

تسلیم دادخواستها: با احترام، Palomar Health Medical Group بیمه شما خواهد بود. مظنه دادن از منافع تضمین پرداخت نیست. ما دادخواستهای شما را تسلیم و به شما تا زمانی که مطالبه شما برآورده شود کمک خواهیم کرد. انتظار داریم پرداخت از سوی شرکت بیمه شما ظرف 45 روز انجام شود. بعد از 45 روز، برای پرداخت کامل به شما رجوع خواهیم کرد. مطابق دستورالعملهای شرکت بیمه، شما مسئول همه خدماتی هستید که تحت پوشش قرار نگرفته اند. اگر اطلاعی دریافت کنیم که واجد شرایط پوشش نیستید یا با شرکت بیمه شما قرار داد نداشته باشیم، مسئول همه هزینه های به بار آمده هستید و پرداخت به محض رسید صورتحساب بر عهده شما خواهد بود. ممکن است شرکت بیمه شما نیاز به ارائه اطلاعاتی خاص به صورت مستقیم از شما داشته باشند. مسئولیت شما برآوردن درخواست آنها در زمان مناسب خواهد بود. شما مسئولیت دارید یک کپی از تازه ترین کارتهای بیمه خود را برای همه برنامه های سلامتی کاربردی ارائه دهید. صورت حسابهایی که 90 روز از سررسید آنها گذشته باشد به یک موسسه وصول ارجاع خواهند شد. **اقدامات اولیه** _____

خدمات مراقبتی پیشگیری کننده: معاینات معمول ممکن است تحت پوشش بیمه شما قرار گیرد. وقتی به یک مشکل سلامتی در زمان ویزیت پرداخته میشود، مزایای پیشگیری کننده دیگر اجرا نخواهند شد. هزینه های اضافی ممکن است شامل، اما نه محدود به، پرداختهای مشترک، مبالغ قابل کسر و بیمه اتکائی باشند. **اقدامات اولیه** _____

خدمات فرعی: روندهای آزمایشگاهی و بیماران سرپائی به صورت جداگانه از سوی یک ارائه دهنده بیرونی صورتحساب خواهند شد. در صورت هرگونه سوال در مورد صورتحساب مستقیماً با آنها تماس بگیرید. **اقدامات اولیه** _____

واگذاری منافع: بدینوسیله مجوز نشر اطلاعات در صورت ضرورت (مطابق با دستورالعملهای HIPAA) برای انجام و تکمیل درخواست بیمه من و پرداخت مزایای پزشکی که باید مستقیماً به Palomar Health Medical Group بخاطر همه خدمات انجام شده پرداخت شود، اعطا میشود. **اقدامات اولیه** _____

قرارهای از دست رفته: لطفاً به یاد داشته باشید که هزینه تاخیر \$25.00 برای قرارهای از دست رفته یا ناتوانی در لغو قرار ظرف 24 ساعت قبل از زمان برنامه ریزی شده اجرا خواهد شد. این هزینه ها بر عهده شما خواهد بود و مستقیماً به صورتحساب شما نوشته خواهد شد. لطفاً به ما کمک کنید از طریق تداوم قرارهای برنامه ریزی شده منظم کمکتان کنیم.

اگر در هر زمانی دچار مشکل مالی شدید و نیاز به ترتیبات خاص طرح پرداخت داشتید، لطفاً با دفتر صورتحساب ما تماس بگیرید.

من اظهارات فوق را خواندم و درک میکنم. **اقدامات اولیه** _____

من توافق میکنم که از سیاستهای مالی Arch Health Medical Group اطاعت کنم و، درک میکنم که از نظر مالی مسئول پرداخت همه خدمات مالی یا معالجات انجام شده با حساب خود باشم.

تاریخ

امضای بیمار/قیم

تاریخ تولد

نام بیمار (لطفاً چاپ شود)

تکمیل این سند افشا و استفاده از اطلاعات سلامت در مورد شما را مجاز میکند. عدم ارائه همه اطلاعات درخواست شده ممکن است این مجوز را بی اعتبار کند.

اطلاعات بیمار	
نام خانوادگی، کوچک، (M.I.)	نام خانوادگی اصلی یا نام دیگر
تاریخ تولد	تلفن

اینجانب، _____ (بیمار) (لطفا چاپ شود) بدینوسیله اجازه میدهم Palomar Health Medical Group که افشا کند بخشی یا همه آن اطلاعات مربوط به سلامتی و شرایط پزشکی من یا صورتحساب خدمات برای اعضای خانواده یا اشخاص دیگر، که در زیر تصریح شده است. این شامل بحثهای شفاهی با کارکنان پزشکی/پرستاری و کپی سوابق پزشکی من میشود.

اشخاص مشخص شده	
نام	تلفن
نام	تلفن
نام	تلفن
نام	تلفن
نام	تلفن
نام	تلفن
نام	تلفن
نام	تلفن
نام	تلفن
نام	تلفن
نام	تلفن
نام	تلفن

*هدف این اطلاع رسانی این است

به درخواست خودم در مورد ادامه مراقبت پزشکی دیگری

تصریح محدودیتها (در صورت وجود) در مورد استفاده از اطلاعات:

***انقضای مجوز**

به محض امضاء این مجوز لازم الاجراست و با درخواست کتبی بازپس گیری من منقضی میشود.

حقوق بیمار

من، بیمار یا نماینده قانونی او، درک میکنیم که:

◀ ممکن است این مجوز را در هر زمانی به صورت مکتوب، که به امضای من یا از طرف من امضاء شده و به افراد زیر تحویل داده شده یا برای آنان پست گردیده بازپس بگیرم:

Palomar Health Medical Group
Pomerado Road Poway 15611
92064 CA

اگر این مجوز را پس بگیرم، هیچ تاثیری بر اقداماتی که قبل از دریافت آن از سوی Palomar Health Partners انجام گرفته نخواهد داشت.

◀ اطلاعات افشاء شده به موجب این مجوز را میتواند دوباره از سوی گیرنده افشاء گردد و ممکن است بیش از آن از سوی قانون حریم خصوصی فدرال HIPAA محافظت نشود. در هر صورت، قانون California مانع شخص دریافت کننده اطلاعات سلامتی من برای افشای بیشتر آن خواهد شد مگر آنکه مجوز دیگری برای این افشاگری از سوی من صادر شود یا این که این افشاگری به صورت خاص لازم باشد یا قانون اجازه آن را داده باشد.

◀ من حق داشتن نسخه ای از این مجوز را خواهم داشت.

*

امضای بیمار/قیم

تاریخ

*

در صورت نماینده قانونی بودن، اعلام نسبت با بیمار

* مورد نیاز برای مجوز معتبر

بیمار گرامی Palomar Health Medical Group:

دولت فدرال درخواست دارد سوالهای زیر از هر بیماری پرسیده شود. لطفا اولویتی را که بیش از همه مناسب شماست انتخاب کنید و این را به شخص اداری اول برگردانید. **برای شرح مربوط به نژاد و قومیت به ذیل رجوع کنید

من نژاد خود را به عنوان...میشناسم: (لطفا یکی را بررسی کنید)

بومی امریکائی یا بومی آلاسکا

آسیائی

من شباهت تام را رد میکنم.

سیاهپوست، امریکائی افریقائی تبار

بومی هاوایی یا دیگر اقوام پاسیفیک

جزیره نشین دیگر جزیره نشین پاسیفیک

نژاد دیگر - _____

سفید

من قومیت خود را به عنوان...میشناسم: (لطفا یکی را بررسی کنید)

امریکای مرکزی

کوبائی

من شباهت تام را رد میکنم.

دومینیکن

هیسپانیک یا لاتین/اسپانیائی

لاتین/امریکائی/لاتین، مکزیکی لاتین

غیر هیسپانیک/لاتین

پورتوریکوئی

امریکای جنوبی

اسپانیولی

اولویت زبانی من.... است: (لطفا یکی را بررسی کنید)

انگلیسی

اسپانیائی

تاگالوگ

روسی

ایرانی/فارسی

دیگر (لطفا مشخص کنید) _____

**نژاد به صورت "شناخت هویت خود فرد با یک یا گروه اجتماعی یا بیشتر" تعریف میشود.

**قومیت به عنوان "شناخت هویت فرد خود بر اساس ملیت، زبان، فرهنگ یا زبان، جغرافیا یا خاستگاه خانواده" تعریف میشود.



اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی

برچسب بیمار در اینجا

نام بیمار: _____

تاریخ تولد: _____ :MRN _____

تأیید دریافت

اطلاعات بیمار

نام بیمار (لطفا چاپ شود) _____

تاریخ تولد بیمار _____

امضای بیمار/قیم _____

تاریخ _____

شماره تلفن بیمار XXX-XXX-XXXX _____

نام پزشک _____

با امضای این فرم، بیمار دریافت اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی "مربوط به Palomar Health Medical Group را تأیید می‌کند. "اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی" ما اطلاعاتی در مورد اینکه ما چگونه می‌توانیم اطلاعات پزشکی شما را مورد استفاده قرار داده یا افشا کنیم را ارائه می‌دهد. توصیه می‌کنیم آن را به طور کامل بخوانید.

من دریافت "اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی" مربوط به Palomar Health Medical Group را تأیید می‌کنم.

امضای بیمار/قیم _____

تاریخ _____

در صورت نماینده قانونی بودن، اعلام نسبت با بیمار

من مایلیم یک نسخه از هرگونه اطلاعیه اصلاح‌شده شیوه‌های حفظ حریم خصوصی را از طریق ایمیل دریافت کنم.

آدرس ایمیل من بدین ترتیب است: _____



برچسب بیمار در اینجا

نام بیمار: _____

تاریخ تولد: _____ MRN: _____

حقوق شما به عنوان بیمار Palomar Medical Group

شما حق قانونی دارید که خواسته‌هایتان در مورد مراقبت‌های پزشکی خود، از جمله حق پذیرش یا رد درمان را اعلام کنید. سند "راهنمای مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته" ابزاری برای تعیین خواسته‌های شما و الزام‌آور ساختن آنها از نظر قانونی می‌باشد.

راهنمای مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته چیست؟

این یک سند حقوقی است که به شما امکان می‌دهد خواسته‌های خود در مورد درمان ماندگار مشخص کنید. این سند همچنین به شما این امکان را می‌دهد که فردی را که به او اعتماد دارید نام ببرید تا در مواقع ناتوانی شما صحبت کند. این سند جایگزین "خواسته‌های زندگی" و "وکالت‌نامه پایدار برای مراقبت‌های بهداشتی" می‌باشد. شما می‌توانید پزشک مراقبت‌های اولیه خود را شناسایی کرده و خواسته‌های خود در مورد CPR، لوله‌های تغذیه، دستگاه‌های تنفسی، داروهای مسکن، اهداء اعضای بدن و سایر خواسته‌ها را مشخص کنید.

چگونه می‌توانم اطلاعات بیشتری کسب کنم؟

منابع اینترنتی

http://ag.ca.gov/consumers/general/adv_hc_dir.php

<http://www.cmanet.org/about/patient-resources/end-of-life-issues/advance-directives>

<http://www.coalitionccc.org>

جزوه "یافتن راه خود" راهنمای مفیدی برای اندیشیدن و گفتگو درباره این مسائل است. جهت سفارش یک نسخه، چک \$1.50 (قابل پرداخت به "CHCD") را به Center for Healthcare Decisions, 95670 Data Drive, Rancho Cordova, CA 3400 ارسال کنید یا آن را از طریق وبسایت آنها سفارش دهید، www.chcd.org.

چگونه می‌توانم فرم راهنمای مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته را دریافت کنم؟

انجمن پزشکی کالیفرنیا - کیت با هزینه جزئی موجود است (در حال حاضر \$6)

تلفن: 800.786.4262 200 J St. STE 1201

فاکس: 916.551.2036 95814 Sacramento, CA

فرم را آنلاین به صورت رایگان در آدرس زیر دریافت کنید:

[pdf.http://ag.ca.gov/consumers/pdf/AHCD1](http://ag.ca.gov/consumers/pdf/AHCD1.pdf)

چه نوع راهنماهای دیگری موجود است؟

دستورات پزشک برای درمان ماندگار (POLST)-این مورد مکمل راهنمای پیشرفته است و در صورت نیاز به درمان ماندگار، دستور پزشک را امضا و آماده انجام می‌کند. ممکن است راهنماهای خاصی در مورد CPR و مداخلات پزشکی مانند کمک به تنفس و تغذیه مصنوعی ارائه شود.

Palomar Health Medical Group یک سیاست مکتوب در راهنمای پیشرفته دارد. در صورت تمایل به دریافت اطلاعات بیشتر کادر زیر را علامت بزنید.

بیماران: لطفاً کادر(های) مناسب را علامت بزنید:

من یک راهنمای پیشرفته و/یا POLST در اختیار دارم. من یک نسخه را به Palomar Health Medical Group ارائه می‌دهم. [نسخه را به یکی از کارکنان ما بدهید یا به این آدرس ارسال کنید AHMG, 92064 Pomerado Road, Poway, CA 15611, توجه: سوابق پزشکی.]

من راهنمای پیشرفته/POLST را در اختیار دارم اما نمی‌خواهم یک نسخه از آن را به AHMG ارائه دهم.

من یک راهنمای پیشرفته/POLST در اختیار ندارم.

من مایل هستم اطلاعات بیشتری در مورد سیاست Palomar Health Medical Group در راهنماهای پیشرفته دریافت کنم.

تاریخ _____

امضای بیمار یا نماینده حقوقی بیمار _____

نام (خانوانگی، کوچک، I.M.I)	تاریخ تولد	جنسیت: مذکر مؤنث	تاریخ امروز
نشانی	تلفن	ایمیل	

داروخانه

داروخانه	نشانی	شماره تلفن
داروخانه	نشانی	شماره تلفن

داروها، داروها و ویتامین‌های بدون نسخه

نام دارو، قدرت، تعداد دفعات مصرف	نام دارو، قدرت، تعداد دفعات مصرف

حساسیت‌های بزرگسالان

نکته: حساسیت‌هایی که در اینجا وارد شده‌اند در مورد فهرست داروهای فعلی بررسی نمی‌شوند.

PREVACID	LATEX	DEMEROL	(ACCUPRIL (QUINAPRIL
PRILOSEC	LEVOFLOXACIN	DEPAKOTE	ACETAMINOPHEN
PRINIVIL	LIDOCANE	(DIABETA (GLYBURIDE	ACYCLOVIR
QUINOLONES	LIPITOR	DIAMOX	(ADVIL (IBUPROFEN
RANITIDINE	LODINE	DICLOXACILLIN	(ALTACE (RAMIPRIL
(SEPTA (SULFAMETHOXAZOLE	(LOPRESSOR (METOPROLOL	DOXYCYCLINE	AMPICILLIN
SULFA	(MICRONASE (GLYBURIDE	EGG	(AMARYL (GLIMEPIRIDE
(TAGAMET (CIMETIDINE	(MINOCIN (MINOCYCLINE	ERYTHROMYCIN	(AUGMENTIN (AMOXICILLIN
(TEGRETOL (CARBAMAZEPINE	MORPHINE	FAMOTIDINE	ASPIRIN
(TENORMIN (ATENOLOL	(MOTRIN (IBUPROFEN	FLAGYL	(BACTRIM (SULFAMETHOXAZOLE
TETANUS TOXOID	(NAPROSYN (NAPROXEN	FLOXIN	BIAXIN
TETRACYCLINE	NEPTAZANE	(GLUCETROL (GLIPIZIDE	(CARAFATE (SUCRALFATE
TICLID	NIACIN	HEPARIN	(CECLOR (CEFACTOR
(VALIUM (DIAZEPAM	OXYCODONE	IBUPROFEN	CELEBREX
VANCOMYCIN	PEANUT	(INDERAL (PROPRANOLOL	CEPHALOSPORINS
VASOTEC	PENICILLIN	(INDOCIN (INDOMETHACIN	(CIPRO (CIPROFLOXACIN
ZESTRIL	(PERCOCET (OXYCODONE	(INSULIN (ANIMAL	(CLINORIL (SULINDAC
ZITHROMAX	PERSANTINE	SHELLFISH یا IODINE	(CONTRAST MEDIA (IOVERSOL
ZOCOR	PLAVIX	(KEFLEX (CEPHALEXIN	CODEINE
ZYLOPRIM (ALLOPURINOL	PHENYTOIN	KLONOPIN	COUMADINE
	PRAVOCHOL	(LASIX (FUROSEMIDE	DARVON

حساسیت‌های غذایی / سایر حساسیت‌ها		

سوابق پزشکی		
تاریخ شروع	بیماری کیسه صفرا	تاریخ شروع
تاریخ شروع	GERD	تاریخ شروع
تاریخ شروع	سردرد، میگرن	تاریخ شروع 17/6/12
تاریخ شروع	بیماری قلبی	تاریخ شروع
تاریخ شروع	نارسایی درجه قلب	تاریخ شروع
تاریخ شروع	هیپاتیت / بیماری کبدی	تاریخ شروع
تاریخ شروع	فشار خون	تاریخ شروع
تاریخ شروع	بیماری روده تحریک‌پذیر	تاریخ شروع
تاریخ شروع	سکته قلبی	تاریخ شروع
تاریخ شروع	پوکی استخوان	تاریخ شروع
تاریخ شروع	بیماری کلیوی	تاریخ شروع
تاریخ شروع	تشنج	تاریخ شروع
تاریخ شروع	سکته	تاریخ شروع
تاریخ شروع	بیماری تیروئید	تاریخ شروع
تاریخ شروع	سایر موارد	تاریخ شروع

سوابق جراحی		
تاریخ	LASIK	تاریخ
تاریخ	ماسکتومی	تاریخ
تاریخ	میومکتومی	تاریخ
تاریخ	ORIF	تاریخ
تاریخ	تیروئیدکتومی	تاریخ
تاریخ	جراحی لوزه	تاریخ
تاریخ	سایر موارد	تاریخ
		تاریخ
		تاریخ
		تاریخ
		تاریخ
		تاریخ
		تاریخ
		تاریخ
		تاریخ
		تاریخ

سوابق خانوادگی – ادامه دارد	
نسبت	زنده و سرحال
نام عضو خانواده	فوت شده
ADD / ADHD	سن شروع
اعتیاد به الکل	سن شروع
حسابیت‌ها	سن شروع
بیماری آلزایمر	سن شروع
آرتروز	سن شروع
تنگی نفس	سن شروع
اختلال خونی	سن شروع
سرطان	سن شروع
بیماری قلب و عروقی	سن شروع
بیماری عروق کرونر	سن شروع
بیماری عروق کرونر (PRE)	سن شروع
افسردگی	سن شروع
تأخیر در رشد	سن شروع
دیابت	سن شروع
اگزما	سن شروع
افزایش میزان لیپیدها	سن شروع
بیماری ژنتیکی	سن شروع
نقص شنوایی	سن شروع
فشار خون	سن شروع
بیماری روده تحریک‌پذیر	سن شروع
ناتوانی در یادگیری	سن شروع
بیماری روانی	سن شروع
میگرن	سن شروع
چاقی	سن شروع
پوکی استخوان	سن شروع
بیماری عروق محیطی	سن شروع
بیماری کلیوی	سن شروع
تشنج	سن شروع
سکته	سن شروع
نارسایی تیروئید	سن شروع
سایر موارد	سن شروع

سوابق خانوادگی		هیچ کدام
نسبت	زنده و سرحال	
نام عضو خانواده	فوت شده	
ADD / ADHD	سن شروع	
اعتیاد به الکل	سن شروع	
حسابیت‌ها	سن شروع	
بیماری آلزایمر	سن شروع	
آرتروز	سن شروع	
تنگی نفس	سن شروع	
اختلال خونی	سن شروع	
سرطان	سن شروع	
بیماری قلب و عروقی	سن شروع	
بیماری عروق کرونر	سن شروع	
بیماری عروق کرونر (PRE)	سن شروع	
افسردگی	سن شروع	
تأخیر در رشد	سن شروع	
دیابت	سن شروع	
اگزما	سن شروع	
افزایش میزان لیپیدها	سن شروع	
بیماری ژنتیکی	سن شروع	
نقص شنوایی	سن شروع	
فشار خون	سن شروع	
بیماری روده تحریک‌پذیر	سن شروع	
ناتوانی در یادگیری	سن شروع	
بیماری روانی	سن شروع	
میگرن	سن شروع	
چاقی	سن شروع	
پوکی استخوان	سن شروع	
بیماری عروق محیطی	سن شروع	
بیماری کلیوی	سن شروع	
تشنج	سن شروع	
سکته	سن شروع	
نارسایی تیروئید	سن شروع	
سایر موارد	سن شروع	

تاریخ اجتماعی

تاریخ سفر اخیر و مقصد:

سلامت عمومی و عادات (همه موارد صحیح را علامت بزنید)

وضعیت فعلی سلامت:		عالی	خیلی خوب	متوسط	ضعیف	وزن: 10 سال پیش؟	5 سال پیش؟	وزن فعلی؟
ورزش منظم؟	بله	خیر	آیا سیگار می کشید؟	بله	خیر	الکل مصرف می کنید؟	بله	خیر
چه مدت به طور منظم؟ (سالها)	سیگار	پیپ	سیگار برگ	تعداد دفعات نوشیدن در روز/ هفته	تعداد فنجان قهوه در روز؟	تعداد دفعات نوشیدن در روز/ هفته	تعداد فنجان چای در روز؟	تعداد فنجان چای در روز؟
نوع:	تعداد بسته در روز:	تعداد سالهای استعمال سیگار:	متوقف شده است؟ بله خیر	تعداد قوطی/لیوان؟	تعداد سالهای استعمال سیگار:	تعداد قوطی/لیوان؟		

سوابق OB GYN

آخرین دوره :	خونریزی مختصر	مدت زمان جریان	دوره های منظم	آخرین پاپ اسمیر
تعداد پدهای استفاده شده در 24 ساعت	خونریزی زیاد	سن دوره اول	دوره های نامنظم	پاپ اسمیر غیرطبیعی قبلی
استفاده از تامپون	موارد بارداری (GRAVID)	موارد زایمان (PARA):		پاتسگی

سوابق جراحی OB GYN (لطفاً همه موارد صحیح را علامت بزنید)

هیچ کدام

جراحی پروتز سینه	جراحی لومپکتومی سینه	هیسترکتومی (تعداد کل ABD)	میومکتومی	سالپینگوئوفورکتومی
بستن لوله های رحمی	بخش سزارین	مانسکتومی	ماموپلاستی کاهشی	هیستروکتومی واژن
نمونه برداری از سینه	C و D	سایر موارد:		

واکسیناسیون ها

انفلوآنزا	پنوموکویک	هیپاتیت B	مننژوکوک	کزاز
PPD (آزمایش سل)		سایر موارد:		

راهنمای پیشرفته

آیا شما راهنمای پیشرفته در اختیار دارید؟ بله خیر
 آیا مایل هستید در مورد راهنماهای پیشرفته گفتگو کنید؟ بله خیر