**إستمارة التقديم**

نشكركم على إختيار مستشفى لوس أنجلوس للأطفال لتلبية الإحتياجات الطبية لطفلكم. و لتقديم أقصى رعاية شاملة، رجاءً قم باستكمال هذة الإستمارة و ردها مع المستندات المسجلة بقائمة الطلبات. و فور إستكمال هذة الإستمارة، رجاءً قم برد البيانات عن طريق الفاكس أو البريد الالكتروني.

سيقوم العاملين بخدماتنا للمرضى الدوليين بتقديم هذة البيانات بجانب السجلات الطبية لطفلك إلى فريقنا الطبى لتحديد أنسب طريقة للعلاج/الخطوات القادمة.

**تاريخ اليوم: انقر هنا لكتابة التاريخ**

**A: PATIENT INFORMATIONأ: بيانات المريض**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Last Nameالأسم الأخير**  | **First Nameالأسم الأول**  | **Middle Initialالحرف الأول من الأسم الأوسط**  |
| انقر هنا لكتابة التاريخ |  | **Mذكر**   | **F** أنثى  |
| **Date of Birth (Month ##, Year) تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)**  | **Ageالعمر**  | **Gender**ا**لنوع**  | **Country of Citizenshipدولة الجنسية**  |
|  |  |
| **Place of Birthمحل الميلاد**  | **Country of Residenceدولة الإقامة**  |
|  |  |
| **Diagnosis** **التشخيص**  | **Symptom(s) الأعراض**  |

**B: FAMILY AND CONTACT INFORMATIONب: الأسرة و بيانات الإتصال**

***Parent #1الوالدين # 1***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Last Name الأسم الأخير**  | **First Nameالأسم الأول**  | **Middle Initialالحرف الأول من الأسم الأوسط**  |
| انقر هنا لكتابة التاريخ | **Mذكر**   | **Fأنثى** |  |
| **Date of Birth (Month ##, Year)تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)**  | **Genderالنوع**  | **Relation to Patient صلة القرابة للمريض**  | **Country of Residence دولة الجنسية**  |
|  |  |
| **Phone Number رقم الهاتف**  | **Email Address البريد الالكتروني**  |
|  |
| **Primary Languageاللغة الأولى**  |
|  |  |
| **Name of Employer أسم العمل**  | **Phone Number of Employer رقم هاتف العمل**  |
|  |  |  |  |  |
| **Work Address عنوان العمل**  | **City المدينة**  | **Stateالولاية**  | **Zip الرمز البريدي**  | **Country الدولة**  |

**B: FAMILY AND CONTACT INFORMATION (CTD.) ب: الأسرة و بيانات الإتصال (يتبع)**

***Parent #2 الوالدين #2***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Last Name الأسم الأخير**  | **First Name الأسم الأول**  | **Middle Initialالحرف الأول من الأسم الأوسط**  |
| انقر هنا لكتابة التاريخ | **Mذكر**   | **Fأنثى**  |  |
| **Date of Birth (Month ##, Year)تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)**  | **Gender النوع**  | **Relation to Patient صلة القرابة للمريض**  | **Country of Residence دولة الإقامة**  |
|  |  |
| **Phone Number رقم الهاتف**  | **Email Address البريد الالكتروني**  |
|  |
| **Primary Language اللغة الأولى**  |
|  |  |
| **Name of Employer أسم العمل**  | **Phone Number of Employer رقم هاتف العمل**  |
|  |  |  |  |  |
| **Work Address عنوان العمل**  | **City المدينة**  | **Stateالولاية**  | **Zip الرمز البريدي**  | **Country الدولة**  |

 ***Guardian/Other Contact (If Applicable) الوصي/ إتصال آخر (إن وجد)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Last Name الأسم الأخير**  | **First Name الأسم الأول**  | **Middle Initial الحرف الأول من الأسم الأوسط**  |
| انقر هنا لكتابة التاريخ | **Mذكر**   | **Fأنثى**  |  |
| **Date of Birth (Month ##, Year)تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)**  | **Gender النوع**  | **Relation to Patient صلة القرابة للمريض**  | **Country of Residence دولة الإقامة**  |
|  |  |
| **Phone Number رقم الهاتف**  | **Email Address البريد الالكتروني**  |
|  |
| **Primary Languageاللغة الأولى**  |
|  |  |
| **Name of Employer أسم العمل**  | **Phone Number of Employer رقم هاتف العمل**  |
|  |  |  |  |  |
| **Work Address عنوان العمل**  | **City المدينة**  | **Stateالولاية**  | **Zip الرمز البريدي**  | **Country الدولة**  |

**C: CLINICAL INFORMATION ج: بيانات طبية**

***Referring Physician*  طبيب التحويل**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Last Name الأسم الأخير**  | **First Nameالأسم الأول**  | **Middle Initial الحرف الأول من الأسم الأوسط**  |
|  |  |
| **Phone Number رقم الهاتف**  | **Email Address البريد الالكتروني**  |
|  |  |  |
| **Name of Hospital/Organizationأسم المستشفى/ المنظمة**  | **City المدينة**  | **Country الدولة**  |

**C: CLINICAL INFORMATION (CTD.)ج: بيانات طبية (يتبع)**

***Primary Care Physician طبيب الرعاية الأساسي***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Last Name الأسم الأخير**  | **First Name الأسم الأول**  | **Middle Initial الحرف الأول من الأسم الأوسط**  |
|  |  |
| **Phone Number رقم الهاتف**  | **Email Address البريد الالكتروني**  |
|  |  |  |
| **Name of Hospital/Organizationأسم المستشفى/ المنظمة**  | **City المدينة**  | **Country الدولة**  |

**D: RESIDENCE INFORMATIONد: بيانات الإقامة**

***Permanent Residence* الإقامة الدائمة**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Address العنوان**  | **City المدينة**  | **State الولاية**  | **Zip الرمز البريدي**  | **Country الدولة**  |
|  |  |
| **Home Phone Number رقم هاتف المنزل**  | **Other Phone Number رقم هاتف آخر**  |

***Temporary Residence* الإقامة المؤقتة**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Address العنوان**  | **City المدينة**  | **State الولاية**  | **Zip الرمز البريدي**  | **Country الدولة**  |
|  |  |
| **Temporary Phone Number رقم هاتف مؤقت**  | **Other Phone Number رقم هاتف آخر**  |

**E: PAYMENT INFORMATION هـ : بيانات الدفع**

Government/Embassy Sponsored: [ ]  Self-Pay: [ ]  Insured\*: [ ]  Other: [ ]

**أخرى تحت تأمين صحى دفع شخصي برعاية الحكومة/ السفارة**

**If other, please explain:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***\*Please attach copies of the front and back of all insurance cards***

إذا كانت الإجابة أخرى، يرجى الشرح: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*يرجى إرفاق نسخ من الأمام و الخلف لجميع بطاقات التأمين الصحي.*

**F: TRAVEL INFORMATION و: بيانات السفر**

**Timeframe you plan on traveling to Los Angeles/Children’s Hospital Los Angeles:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الفترة التي تنوي بها السفر إلى لوس أنجلوس/ مستشفى لوس أنجلوس للأطفال: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**G: ADDITIONAL INFORMATION ز: بيانات إضافية**

|  |
| --- |
| **How did you hear about us?** Internet Search Engine [ ]  Children’s Hospital Los Angeles Website [ ]  موقع مستشفى لوس أنجلوس للأطفال بحث شبكة الأنترنت  **كيف تعرفت علينا؟** Government/Embassy [ ] External Physician [ ]  Family/Friend [ ]  Foundation [ ]  المؤسسة الأسرة/ صديق طبيب خارجي الحكومة/ السفارة Children’s Hospital Los Angeles Physician [ ] Insurance Company [ ] Employer [ ] Other [ ]  أخرى العمل شركة التأمين الصحي أحد أطباء مستشفى لوس أنجلوس للأطفال **If other, please explain: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****إذا كانت الإجابة أخرى، يرجى الشرح : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**G: ADDITIONAL INFORMATION (CTD.)ز: بيانات إضافية (يتبع)**

|  |
| --- |
|  **كلاهما العلاج الإستشارة ما الذي تهتم أكثر للحصول عليه؟** **What are you most interested in seeking?** Consultation [ ]  Treatment [ ]  Both [ ]  |
| **What is the reason for your referral to Children’s Hospital Los Angeles? Please check all that apply.** ما هو سبب تحويلك لمستشفى لوس أنجلوس للأطفال **Children’s Hospital Los Angeles؟ رجاءً إختيار كل ما ينطبق** New Diagnostic Evaluation [ ] Develop Medical Management Plan [ ]  Continue Current Treatment [ ]   إستكمال العلاج الحالي [ ]  إعداد خطة إدارة طبية [ ]  تقيم لتشخيص جديد [ ]  Surgical Opinion [ ] Surgical Management [ ] Second Opinion/Review of Medical Workup/Treatment Plan [ ]  **رأي ثاني/ مراجعة تشخيص طبي/ خطة علاج** [ ]  إدارة للجراحة [ ]  رأي جراحي [ ] Other [ ]  أخرى [ ]  **If other (ex. seeking specific treatment, etc.), please explain: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****إذا كانت الإجابة أخرى (مثال. الحصول على معالجة محددة، الخ)، يرجى الشرح: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **What is your family’s ethnicity?** **ما هو الأصل العرقي لأسرتك؟** |
| **What is your family’s preferred spoken language?** **ما هى لغة الحديث المفضلة لأسرتك؟**  |
| **Would you like us to provide an interpreter for your family during the medical visit?** **هل تريد أن نزودكم بمترجم شفوي للأسرة خلال الزيارة الطبية؟**  **لا نعم** Yes [ ]  No [ ]  |
| **What is your family’s spiritual affiliation?** ما هو الإتباع الديني لأسرتك؟  |
| **Are there any special needs that we should be aware of?**هل يوجد أي إحتياجات خاصة نحتاج أن ندركها؟  |

**H: CHECKLIST ح: قائمة الطلبات**

**القائمة أدناه هى الإستمارات و الوثائق المطلوبة لبدء إجراء المراجعة. رجاءً قم بشرح السبب إذا كانت أي من السجلات الطبية غير متوفرة. يرجى ملاحظة أن جميع السجلات الطبية لابد أن يتم تقديمها بالانجليزية. و للأسف من غير السجلات الطبية المناسبة لن نستطيع القيام بأجراء التحويل. يمكن لفريقنا الطبي طلب إستكمال فحوصات محددة أو تقييمات قبل زيارة مستشفى لوس أنجلوس للأطفال.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Required Forms and Documentation****الإستمارات و المستندات المطلوبة**  | **Please Indicate: Yes, No, or Not Applicable (N/A)****رجاءً قم بتحديد: نعم أو لا أو غير منطبق**  |
| **Valid Photo ID and/or Passport** **بطاقة هوية صالحة و/أو جواز السفر** | غير منطبق لا نعم Yes [ ]  No [ ]  N/A [ ]  |
| **Intake Form****إستمارة التقديم** | غير منطبق لا نعم Yes [ ]  No [ ]  N/A [ ]  |
| **HIPAA - Consent to Release Medical Information Form****HIPAA- إستمارة الموافقة للسماح باعطاء البيانات الطبية**  | غير منطبق لا نعم Yes [ ]  No [ ]  N/A [ ]  |
| **Copies of Insurance Card (if applicable)****نسخ بطاقات التأمين الصحي ( إن وجد)**  | غير منطبق لا نعم Yes [ ]  No [ ]  N/A [ ]  |
| **Current History & Physical Information****بيانات التاريخ الصحي و الفحص الصحي الحالي**  | غير منطبق لا نعم Yes [ ]  No [ ]  N/A [ ]  |
| **Recent Laboratory and Pathology Reports****تقارير حديثة للمختبر و تحليل الأمراض**  | غير منطبق لا نعم Yes [ ]  No [ ]  N/A [ ]  |
| **Recent Radiology Reports and Films/CDs****تقارير حديثة للأشعات و أفلام الصور/أقراص مضغوطة**  | غير منطبق لا نعم Yes [ ]  No [ ]  N/A [ ]  |
| **Other (Specialist Medical Reports, Summary Letter from Patient’s Primary Care Physician, etc.)****أخرى ( تقارير طبية من الطبيب المتخصص، ملخص رسالة من طبيب الرعاية الأساسي للمريض، و ما إلى ذلك.)**  | غير منطبق لا نعم Yes [ ]  No [ ]  N/A [ ]  |