

ԴԻՄՈՐԴԻ ԿՈՂՄԻՑ ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ՏՐԱՍԱԴՐՄԱՆ ԹԵՐԹԻԿ՝ «MEDI-CAL»-Ի ՀԱՄԱՐ

County Use Only

County Number/Aid Code/Case Number

ՄԱՍ Ի՝ ԱՆՁՆԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1a. Դիմորդի անունը (ազգանունը, անունը, միջին անունը)		1b. Սոցիալական ապահովության համարը — —		1c. Ծննդյան ամսաթիվը / /		
1d. Օգտագործվող այլ անունները (ազգանունը, անունը, միջին անունը)		1e. Սեռը <input type="checkbox"/> արական <input type="checkbox"/> իգական	1f. Հասակը ֆուտ դյույմ	1g. Քաշը ֆունտ		
2a. Տան հասցեն քաղաքը		նահանգը		փոստային ինդեքսը		
2b. Փոստային հասցեն (եթե տարբեր է) քաղաքը		նահանգը		փոստային ինդեքսը		
3. Ցերեկային հեռախոսի համարը ()		Նշան դրեք, եթե՝ <input type="checkbox"/> հեռախոս չկա <input type="checkbox"/> միայն ուղերձներ ընդունող հեռախոս է ()		Զանգահարելու համար լավագույն ժամանակը		
4a. Դուք անգլերեն խոսու՞մ եք: <input type="checkbox"/> այո եթե ԱՅՈ, անցեք II մասին: <input type="checkbox"/> ոչ եթե ՈՉ, ի՞նչ լեզվով/լեզուներով եք խոսում:		4b. Դուք բանավոր քարզմանիչ ունե՞ք: <input type="checkbox"/> այո <input type="checkbox"/> ոչ	եթե ԱՅՈ, քարզմանիչ անունը՝ Թարգմանչի հեռախոսի համարը՝ ()		Զանգահարելու համար լավագույն ժամանակը	

ՄԱՍ II՝ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

County Use Only

5. Անցած երկու (2) տարվա ընթացքում Դուք դիմե՞լ եք «Անաշխատունակության համար սոցիալական ապահովության» կամ «Անաշխատունակության համար լրացուցիչ ապահովության եկամուտի» (SSI) նպաստներ ստանալու համար: <input type="checkbox"/> այո <input type="checkbox"/> ոչ Եթե ԱՅՈ, խնդրում ենք պատասխանել հետևյալին.		
a. Ձեր սոցիալական ապահովության կամ անաշխատունակության SSI-ի դիմումը՝ <input type="checkbox"/> հաստատվե՞լ է <input type="checkbox"/> մերժվե՞լ է <input type="checkbox"/> մայման ընթացքում է <input type="checkbox"/> զանգատարկման մե՞ջ է <input type="checkbox"/> անհայտ կարգավիճակում է		
b. Եթե այն հաստատվել կամ մերժվել է, նշեք սոցիալական ապահովության կամ անաշխատունակության SSI-ի Ձեր դիմումի կապակցությամբ կայացված ամենավերջին որոշման ամսաթիվը:		
c. Ձեր առողջական խնդիր(ներ)ը վատթարացե՞լ է/են վերը՝ 5b-ում նշված ամսաթվից հետո: <input type="checkbox"/> այո <input type="checkbox"/> ոչ Եթե ԱՅՈ, խնդրում ենք բացատրել:		
d. Ձեզ մոտ ՆՈՐ առողջական խնդիր(ներ) առաջացե՞լ է/են վերը՝ 5b-ում նշված ամսաթվից հետո, որը/որոնք ՉԿԱՐ/ՉԿԱՅԻՆ սոցիալական ապահովության կամ անաշխատունակության SSI-ի Ձեր դիմումի կապակցությամբ կայացված որոշման պահին: <input type="checkbox"/> այո <input type="checkbox"/> ոչ Եթե ԱՅՈ, ի՞նչ առողջական խնդիր(ներ)		

6. Թվեք այն բոլոր առողջական խնդիրները (ֆիզիկական կամ հոգեկան), որոնք Ձեզ թույլ չեն տալիս աշխատել կամ հոգ տանել Ձեր անձնական կարիքների մասին: (Անհրաժեշտության դեպքում՝ խնդրում ենք լրացուցիչ թերթ կցել:)

ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ԽՆԴԻՐ(ՆԵՐ)Ը	ԵՐԲ Է ՍԿԱԿԵԼ (ամիսը/տարին)

7. Դուք որևէ կլինիկայում կամ հիվանդանոցում Ձեր հիվանդության/հիվանդությունների կամ վնասվածք(ներ)ի հետ կապված բուժօգնություն ստացե՞լ եք վերջին 12 ամսում: այո ոչ

MC 220
Signed

Եթե ԱՅՈ, խնդրում ենք լրիվ պատասխանել հետևյալին.

Կլինիկայի/հիվանդանոցի անվանումը

Հիվանդի/կլինիկայի կամ անդամի համարը

Կլինիկայի/հիվանդանոցի հեռախոսի համարը
()

Ձեր այցելած բժշկի/բժիշկների անուն(ներ)ը

Կլինիկայի/հիվանդանոցի ՀԱՍՑԵՆ (համարը,փողոցը, սենյակները)

քաղաքը

նահանգը

փոստային ինդեքսը

Առաջին այցելության ամսաթիվը

Վերջին այցելության ամսաթիվը

Հաջորդ ժամադրության ամսաթիվը

Այցելության/այցելությունների նպատակը

Դուք գիշերը հիվանդանոցում մնացե՞լ եք: այո ոչ

Եթե ԱՅՈ, հիվանդանոց ընդունվելու ամսաթիվը/ամսաթվերը՝ հիվանդանոցից դուրս գալու ամսաթիվը/ամսաթվերը՝

Դուք շտապ օգնության սենյակ այցելե՞լ եք: այո ոչ

Եթե ԱՅՈ, այցելելու ամսաթիվը/ամսաթվերը՝

Թվեք Ձեր ստացած **ԲՈԼՈՐ** դեղերը՝

Թվեք Ձեր ստացած **ԲՈԼՈՐ** բուժումները և այդ բուժումները ստանալու ամսաթվերը՝

8. Թվեք բոլոր այն լրացուցիչ կլինիկաները կամ հիվանդանոցները, որոնք այցելել եք վերջին 12 ամսում:

MC 220
Signed

Կլինիկայի/հիվանդանոցի անվանումը

Հիվանդի/կլինիկայի կամ անդամի համարը

Կլինիկայի/հիվանդանոցի հեռախոսի համարը
()

Ձեր այցելած բժշկի/բժիշկների անուն(ներ)ը

Կլինիկայի/հիվանդանոցի ՀԱՍՑԵՆ (համարը,փողոցը, սենյակները)

քաղաքը

նահանգը

փոստային ինդեքսը

Առաջին այցելության ամսաթիվը

Վերջին այցելության ամսաթիվը

Հաջորդ ժամադրության ամսաթիվը

Այցելության/այցելությունների նպատակը

Դուք գիշերը հիվանդանոցում մնացե՞լ եք: այո ոչ

Եթե ԱՅՈ, հիվանդանոց ընդունվելու ամսաթիվը/ամսաթվերը՝ հիվանդանոցից դուրս գալու ամսաթիվը/ամսաթվերը՝

Դուք շտապ օգնության սենյակ այցելե՞լ եք: այո ոչ

Եթե ԱՅՈ, այցելելու ամսաթիվը/ամսաթվերը՝

Թվեք Ձեր ստացած **ԲՈԼՈՐ** դեղերը՝

Թվեք Ձեր ստացած **ԲՈԼՈՐ** բուժումները և այդ բուժումները ստանալու ամսաթվերը՝

Եթե վերջին 12 ամսում Դուք այցելել եք լրացուցիչ կլինիկաներ կամ հիվանդանոցներ, լրացրեք 8-րդ էջը:

9. Վերջին 12 ամսում Դուք արդեն Ձեր նշած կլինիկա(ներ)ից կամ հիվանդանոց(ներ)ից դուրս որևէ բժշկի այցելե՞լ եք:

այո ոչ

Եթե ՈՉ, անցեք 10-րդ համարին: Եթե ԱՅՈ, խնդրում ենք լրիվ պատասխանել հետևյալին. եթե մեկից ավելի բժշկի եք այցելել, խնդրում ենք լրացուցիչ տեղեկությունները նշել 8-րդ էջում:

County Use Only

MC 220 Signed

Բժշկի/բժիշկների անուն(ներ)ը

Հիվանդի/կլինիկայի կամ անդամի համարը

Բժշկի հեռախոսի համարը
()

Կլինիկայի/հիվանդանոցի ՉԱՍՅԵՆ (համարը,փողոցը, սենյակները) քաղաքը նահանգը փոստային ինդեքսը

Առաջին այցելության ամսաթիվը

Վերջին այցելության ամսաթիվը

Հաջորդ ժամադրության ամսաթիվը

Այցելության/այցելությունների նպատակը

Թվեք Ձեր ստացած ԲՈԼՈՐ դեղերը՝

Թվեք Ձեր ստացած ԲՈԼՈՐ բուժումները և այդ բուժումները ստանալու ամսաթվերը՝

10. Խնդրում ենք ստորև նշել, եթե վերջին 12 ամսվա ընթացքում Դուք անցել եք հետևյալ ստուգումներից որևէ մեկը: Մի մոռացեք յուրաքանչյուր ստուգման դիմաց նշան դնել «այո» կամ «ոչ» վանդակում: (**ԵՑԵ ԲԺՇԿԻ, ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ ԿԱՄ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԻ ՉԱՍՅԵՆ ԱՐԴԵՆ ՆՇՎԵԼ Է ՎԵՐԸ, ՆՇՇՔ ՄԻԱՅՆ ԱՆՈՒՆԸ ԵՎ ԱՄՍԱԹԻՎԸ:**)

ԿԱՏԱՐՎԱԾ ԱՏՈՒԳՈՒՄԸ	ԱՅՈ	ՈՉ	ԸՆԴՈՒՆԱՐԱՆԻ, ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ ԿԱՄ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ ԵՎ ՉԱՍՅԵՆ, ՈՐՏԵՂ ԱՆՑԵԼ ԵՔ ԱՏՈՒԳՈՒՄԸ	ԱՄՍԱԹԻՎԸ (ԱՄԻՍՈ/ՏԱՐԻՆ)
Էլեկտրաստազրություն (EKG)			Անվանումը	
			Հասցեն (համարը, փողոցը, սենյակները)	
			քաղաքը նահանգը փոստային ինդեքսը	
Պտուվող վազքուղի (ծանրաբեռնված սրտի ստուգում)			Անվանումը	
			Հասցեն (համարը, փողոցը, սենյակները)	
			քաղաքը նահանգը փոստային ինդեքսը	
Կրծքավանդակի ռենտգենյան հետազոտություն			Անվանումը	
			Հասցեն (համարը, փողոցը, սենյակները)	
			քաղաքը նահանգը փոստային ինդեքսը	
Շնչառության ստուգում (PFT)			Անվանումը	
			Հասցեն (համարը, փողոցը, սենյակները)	
			քաղաքը նահանգը փոստային ինդեքսը	
Արյան հետազոտություններ			Անվանումը	
			Հասցեն (համարը, փողոցը, սենյակները)	
			քաղաքը նահանգը փոստային ինդեքսը	
Այլ (նշեք)			Անվանումը	
			Հասցեն (համարը, փողոցը, սենյակները)	
			քաղաքը նահանգը փոստային ինդեքսը	

MC 220 Signed

MC 220 Signed

MC 220 Signed

MC 220 Signed

MC 220 Signed

MC 220 Signed

11. Վերջին 12 ամսում Դուք որևէ այլ բուժում ստացե՞լ կամ ստուգում անցե՞լ եք: այո ոչ

County Use Only

Եթե **ՈՉ**, անցեք 12-րդ համարին:
Եթե **ԱՅՈ**, լրացրեք 8-րդ էջը:

12. Կա՞ որևէ այլ անձ (բարեկամ, ազգական, սոցիալական աշխատող, վերականգնման հարցով խորհրդական, ֆիզիոթերապևտ և այլն), ում կարող եմք դիմել տեղեկություններ ստանալու համար Ձեր հիվանդության կամ վնասվածքի և այն մասին, թե ինչպես է դա սահմանափակում Ձեր առօրյա գործունեությունը կամ թույլ չի տալիս Ձեզ աշխատել:

այո ոչ Եթե ԱՅՈ, խնդրում ենք թվել ստորև.

Անունը

Հասցեն (համարը, փողոցը, սենյակները)

Հեռախոսի համարը
()

Հարաբերությունը Ձեզ հետ

Անունը

Հասցեն (համարը, փողոցը, սենյակները)

Հեռախոսի համարը
()

Հարաբերությունը Ձեզ հետ

Անունը

Հասցեն (համարը, փողոցը, սենյակները)

Հեռախոսի համարը
()

Հարաբերությունը Ձեզ հետ

13. Ձեր առողջական խնդիր(ներ)ը գնահատելու համար Ձեզ կարող են խնդրել լրացուցիչ բժշկական քննությունների ներկայանալ: (Այդ քննությունները Ձեզ համար անվճար են:)

Դուք համաձայն եք, անհրաժեշտության դեպքում, լրացուցիչ բժշկական քննությունների ներկայանալ: այո ոչ

ՄԱՍ ՈՐ՝ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՎԻՃԱԿԻ ԵՎ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ

14. Նկարագրեք Ձեր առօրյա գործողությունները և ասացեք, թե Ձեր առողջական խնդիրը որքան է սահմանափակում Ձեր գործողությունները:

15. Նկարագրեք Ձեր կրթությունը:

a. Նշան դրեք Ձեր ավարտած ամենաբարձր դասարանի դիմաց:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 կամ

GED (նույնն է, ինչ 12-րդ դասարանն ավարտելը) 12+

b. Ե՞րբ եք ավարտել. ամիսը/տարին՝

c. Դուք հատուկ կրթության դասընթացների մասնակցե՞լ եք: այո ոչ

16. Դուք վերջին 15 տարում 30 օրից ավելի որևէ տիպի աշխատանք կատարե՞լ եք: (Դա ներառում է այլ երկրում կատարած աշխատանքը):

այո ոչ

Եթե **ՈՉ**, բաց թողեք IV մասը, անցեք V մասին՝ 7-րդ էջում՝ և ստորագրեք:
Եթե **ԱՅՈ**, պատասխանեք IV մասին՝ 5 էջում՝ սկսած 17-րդ համարից:

ՍԱՍ IV՝ ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ԿԵՆՍԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ I

County Use Only

17. Նկարագրեք վերջին 15 տարում առնվազն 30 օր Ձեր կատարած բոլոր աշխատանքները: Սկսեք ամենավերջին աշխատանքից: (Եթե երկու աշխատանքից ավելին է եղել, Ձեր շրջանի աշխատակցից լրացուցիչ էջեր խնդրեք:)

a. Պաշտոնը	Գործի տեսակը		
Աշխատելու ամսաթվերը (ամիսը/տարին)	Շաբաթական ժամերի քանակը	Վճարումը	Ժամը/շաբաթը/ամիսը
-ից մինչև			

ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ (Արել են հետևյալը՝ հետևյալ կերպ.)

Օգտագործել են հետևյալ գործիքները, մեքենաները և սարքավորումը.

Աշխատանքը սովորել են այսքան ժամանակում՝ օր կամ ամիս:

Գրել, կազմել են զեկույցներ կամ նման հանձնարարություններ կատարել: այո ոչ

Վերահսկիչի պարտականություններ են կատարել: այո ոչ

ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԳՈՐԾՈՒՆԵՒԹՅՈՒՆԸ

(Շրջանակի մեջ առեք մեկը)

Միջին աշխատանքային օրվա ընթացքում ես այսքան ժամ քայլել եմ.	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Միջին աշխատանքային օրվա ընթացքում ես այսքան ժամ կանգնած եմ եղել.	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Միջին աշխատանքային օրվա ընթացքում ես այսքան ժամ նստած եմ եղել.	0	1	2	3	4	5	6	7	8

Միջին աշխատանքային օրվա ընթացքում ես այսքան ժամ բարձրացել-իջել եմ. երբեք երբեմն հաճախ ամբողջատ

Միջին աշխատանքային օրվա ընթացքում ես այսքան ժամ կռացել եմ. երբեք երբեմն հաճախ ամբողջատ

Իմ բարձրացրած ամենածանր քաշը՝ 10 lbs 20 lbs 50 lbs 100 lbs-ից ավելի

Ես հաճախ եմ բարձրացրել/կրել մինչև՝ 10 lbs 20 lbs 50 lbs 100 lbs-ից ավելի

Այդ աշխատանքը կատարելիս Դուք Ձեր ներկա առողջական խնդիր(ներ)ից որևէ մեկն ունեի՞ք: այո ոչ

Եթե ՈՉ, և Դուք որևէ այլ աշխատանք ՉԵՔ կատարել, անցեք V մասին 7-րդ էջում և ստորագրեք:

Եթե ՈՉ, բայց Դուք այլ աշխատանքներ եք կատարել, անցեք 17b-ին՝ հաջորդ էջում:

Եթե ԱՅՈ, խնդրում ենք լրացնել հետևյալ տեղեկությունները.

Առողջական խնդիր/խնդիրների անվանումը՝

Ձեր գործատուն հատուկ պայմաններ ստեղծե՞լ էր (օրինակ՝ լրացուցիչ ընդմիջումներ, հատուկ սարքավորում, փոփոխություն հանձնարարությունների մեջ և այլն), որպեսզի Դուք կարողանայիք շարունակել աշխատել: այո ոչ

Եթե ԱՅՈ, նկարագրեք, թե ինչ հատուկ պայմաններ էին ստեղծվել:

Դուք ստիպվա՞ծ էիք թողնել աշխատանքը՝ Ձեր առողջական խնդիր/խնդիրների պատճառով: այո ոչ

Եթե ԱՅՈ, ե՞րբ: ամիսը օրը տարին

Դուք վերջին 15 տարում 30 օրից ավելի որևէ այլ աշխատանք կատարե՞լ եք: այո ոչ

Եթե ՈՉ, անցեք V մասին 7 -րդ էջում և ստորագրեք: Եթե ԱՅՈ, շարունակեք 17b-ից՝ հաջորդ էջում:

ՄԱՍ IV՝ ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ԿԵՆՍԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ II

County Use Only

17. b. Պաշտոնը	Գործի տեսակը		
Աշխատելու ամսաթվերը (ամիսը/տարին) -ից մինչև	Շաբաթական ժամերի քանակը	Վճարումը	Ժամը/շաբաթը/ամիսը

ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ (Արել եմ հետևյալը՝ հետևյալ կերպ.)

Օգտագործել եմ հետևյալ գործիքները, մեքենաները և սարքավորումը.

Աշխատանքը սովորել եմ այսքան ժամանակում՝ օր կամ ամիս:

Գրել, կազմել եմ զեկույցներ կամ նման հանձնարարություններ կատարել: այո ոչ

Վերահսկիչի պարտականություններ եմ կատարել: այո ոչ

ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅՈՒՆ

(Շրջանակի մեջ առեք մեկը)

Միջին աշխատանքային օրվա ընթացքում ես այսքան ժամ քայլել եմ.	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Միջին աշխատանքային օրվա ընթացքում ես այսքան ժամ կանգնած եմ եղել.	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Միջին աշխատանքային օրվա ընթացքում ես այսքան ժամ նստած եմ եղել.	0	1	2	3	4	5	6	7	8

Միջին աշխատանքային օրվա ընթացքում ես այսքան ժամ բարձրացել-իջել եմ. երբեք երբեմն հաճախ անընդհատ

Միջին աշխատանքային օրվա ընթացքում ես այսքան ժամ կռացել եմ. երբեք երբեմն հաճախ անընդհատ

Իմ բարձրացրած ամենածանր քաշը՝ 10 lbs 20 lbs 50 lbs 100 lbs-ից ավելի

Ես հաճախ եմ բարձրացրել/կրել մինչև՝ 10 lbs 20 lbs 50 lbs 100 lbs-ից ավելի

Այդ աշխատանքը կատարելիս Դուք Ձեր ներկա առողջական խնդիր(ներ)ից որևէ մեկն ունեի՞ք: այո ոչ

Եթե ՈՉ, և Դուք որևէ այլ աշխատանք Չեք կատարել, անցեք V մասին՝ 7-րդ էջում և ստորագրեք:

Եթե ՈՉ, բայց Դուք այլ աշխատանքներ եք կատարել, Ձեր շրջանի աշխատակցից լրացուցիչ էջեր խնդրեք:

Եթե ԱՅՈ, խնդրում եմք լրացնել հետևյալ տեղեկությունները.

Առողջական խնդիր/խնդիրների անվանումը՝

Ձեր գործատուն հատուկ պայմաններ ստեղծե՞լ էր (օրինակ՝ լրացուցիչ ընդմիջումներ, հատուկ սարքավորում, փոփոխություն հանձնարարությունների մեջ և այլն), որպեսզի Դուք կարողանայիք շարունակել աշխատել: այո ոչ

Եթե ԱՅՈ, նկարագրեք, թե ինչ հատուկ պայմաններ էին ստեղծվել:

Դուք ստիպվա՞ծ էիք թողնել աշխատանքը՝ Ձեր առողջական խնդիր/խնդիրների պատճառով: այո ոչ

Եթե ԱՅՈ, ե՞րբ: ամիսը օրը տարին

Դուք վերջին 15 տարում 30 օրից ավելի որևէ այլ աշխատանք կատարե՞լ եք: այո ոչ

Եթե ՈՉ, անցեք V մասին՝ 7-րդ էջում, և ստորագրեք: Եթե ԱՅՈ, Ձեր շրջանի աշխատակցից լրացուցիչ էջեր խնդրեք՝ լրացնելու համար:

ՄԱՍ V՝ ԱՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄԸ

Կեղծ տվյալներ տրամադրելու համար Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների և California նահանգի օրենքների համաձայն պատասխանատվության ենթարկվելու սպառնալիքի տակ՝ ես հայտարարում եմ, որ այս «Լրացուցիչ տվյալների տրամադրման թերթիկում» պարունակվող տեղեկությունները ճշմարտացի և ճշգրիտ են

<p>Դիմորդի ստորագրությունը</p> <p>▶</p>	<p>Ամսաթիվը</p>
<p>Վկայի ստորագրությունը (եթե դիմորդը ստորագրության փոխարեն նշան է դրել)</p> <p>▶</p>	<p>Ամսաթիվը</p>
<p>Այն անձի ստորագրությունը, ով դիմորդին օգնել է լրացնել այս թերթիկը</p> <p>▶</p>	<p>Ամսաթիվը</p>

Ձեզ անհրաժեշտ կլինի տեղեկությունների բացահայտման թույլտվություն ստորագրել Ձեր թված յուրաքանչյուր կլինիկայի, հիվանդանոցի և ստուգման կետի և կլինիկայից կամ հիվանդանոցից դուրս Ձեր այցելած յուրաքանչյուր բժշկի համար: Ձեր շրջանի աշխատակիցը Ձեզ լրացուցիչ թերթիկներ կտա, որոնք Դուք պետք է ստորագրեք:

2-րոյ էջի 8-րդ, 3-րդ էջի 9-րդ և 3-րդ էջի 10-րդ հարց(եր)ի պատասխան(ներ)ի շարունակությունը: Եթե Ձեզ ավելի շատ տեղ է հարկավոր, խնդրում ենք Ձեր շրջանի աշխատակցից լրացուցիչ էջեր վերցնել:

County Use Only

Թվեք բոլոր այն լրացուցիչ կլիմիկաները կամ հիվանդանոցները, որոնք այցելել եք վերջին 12 ամսում:

MC 220
Signed

Կլիմիկայի/հիվանդանոցի անվանումը			
Հիվանդի/կլիմիկայի կամ անդամի համարը		Կլիմիկայի/հիվանդանոցի հեռախոսի համարը ()	
Ձեր այցելած բժշկի/բժիշկների անուն(ներ)ը			
Կլիմիկայի/հիվանդանոցի ՀԱՍԵՆ (համարը, փողոցը, սենյակները)	քաղաքը	նահանգը	փոստային ինդեքսը
Առաջին այցելության ամսաթիվը	Վերջին այցելության ամսաթիվը	Հաջորդ ժամադրության ամսաթիվը	
Այցելության/այցելությունների նպատակը			
Դուք գիշերը հիվանդանոցում մնացե՞լ եք: <input type="checkbox"/> այո <input type="checkbox"/> ոչ			
Եթե ԱՅՈ, հիվանդանոց ընդունվելու ամսաթիվը/ամսաթվերը՝		հիվանդանոցից դուրս գալու ամսաթիվը/ամսաթվերը՝	
Դուք շտապ օգնության սենյակ այցելե՞լ եք: <input type="checkbox"/> այո <input type="checkbox"/> ոչ			
Եթե ԱՅՈ, այցելելու ամսաթիվը/ամսաթվերը՝			
Թվեք Ձեր ստացած ԲՈԼՈՐ դեղերը՝			
Թվեք Ձեր ստացած ԲՈԼՈՐ բուժումները և այդ բուժումները ստանալու ամսաթվերը՝			

Թվեք արդեն Ձեր նշած կլիմիկա(ներ)ից կամ հիվանդանոց(ներ)ից դուրս Ձեր այցելած բոլոր բժիշկներին:

MC 220
Signed

Բժշկի/բժիշկների անուն(ներ)ը			
Հիվանդի/կլիմիկայի կամ անդամի համարը		Բժշկի հեռախոսի համարը ()	
Ձեր այցելած բժշկի/բժիշկների անուն(ներ)ը			
Կլիմիկայի/հիվանդանոցի ՀԱՍԵՆ (համարը, փողոցը, սենյակները)	քաղաքը	նահանգը	փոստային ինդեքսը
Առաջին այցելության ամսաթիվը	Վերջին այցելության ամսաթիվը	Հաջորդ ժամադրության ամսաթիվը	
Այցելության/այցելությունների նպատակը			
Թվեք Ձեր ստացած ԲՈԼՈՐ դեղերը՝			
Թվեք Ձեր ստացած ԲՈԼՈՐ բուժումները և այդ բուժումները ստանալու ամսաթվերը՝			

Թվեք վերջին 12 ամսում Ձեր անցած բոլոր լրացուցիչ ստուգումները.

MC 220
Signed

ԿԱՏԱՐՎԱԾ ՍՏՈՒԳՈՒՄԸ	ԸՆԴՈՒՆԱՐԱՆԻ, ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ ԿԱՄ ԳԻՎԱՆՊԱՆՈՑԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ ԵՎ ՀԱՍԵՆ, ՈՐՏԵՂ ԱՆՑԵԼ ԵՔ ՍՏՈՒԳՈՒՄԸ	ԱՍՏԱԹԻՎԸ (ԱՄԻՍԸ/ՏԱՐԻՆ)
	Անվանումը	
	Հասցեն (համարը, փողոցը, սենյակները)	
	քաղաքը	նահանգը փոստային ինդեքսը
	Անվանումը	
	Հասցեն (համարը, փողոցը, սենյակները)	
	քաղաքը	նահանգը փոստային ինդեքսը

MC 220
Signed