

County Use Only

7. هل تلقيت رعاية في عيادة أو مستشفى لعلاج المرض (الأمراض) أو الإصابة (الإصابات) التي تعرضت لها خلال الـ 12 شهراً الماضية؟

نعم لا إذا كانت الإجابة **نعم**، يرجى الإجابة على ما يلي بشكل كامل:

اسم العيادة/المستشفى

رقم هاتف العيادة/المستشفى

()

رقم المريض/العيادة أو العضو

اسم (أسماء) الأطباء الذين زرتهم

الكود البريدي

الولاية

المدينة

عنوان العيادة/المستشفى (الرقم، الشارع، الشقة)

تاريخ الموعد التالي

تاريخ آخر فحص

تاريخ أول فحص

سبب الزيارة (الزيارات)

هل مكثت في المستشفى ليلاً؟ نعم لا إذا كانت الإجابة **نعم**، اذكر تاريخ (تواريخ) الدخول:

تاريخ (تواريخ) المغادرة:

هل تم فحصك في غرفة الطوارئ؟ نعم لا إذا كانت الإجابة **نعم**، اذكر تاريخ (تواريخ) الفحص:اذكر **جميع** الأدوية التي تلقيتها:اذكر **جميع** العلاجات التي تلقيتها وتواريخ الحصول على العلاجات:

8. اذكر أي عيادة أو مستشفى إضافية تم فحصك فيها خلال الـ 12 شهراً الماضية.

اسم العيادة/المستشفى

رقم هاتف العيادة/المستشفى

()

رقم المريض/العيادة أو العضو

اسم (أسماء) الأطباء الذين زرتهم

الكود البريدي

الولاية

المدينة

عنوان العيادة/المستشفى (الرقم، الشارع، الشقة)

تاريخ الموعد التالي

تاريخ آخر فحص

تاريخ أول فحص

سبب الزيارة (الزيارات)

هل مكثت في المستشفى ليلاً؟ نعم لا إذا كانت الإجابة **نعم**، اذكر تاريخ (تواريخ) الدخول:

تاريخ (تواريخ) المغادرة:

هل تم فحصك في غرفة الطوارئ؟ نعم لا إذا كانت الإجابة **نعم**، اذكر تاريخ (تواريخ) الفحص:اذكر **جميع** الأدوية التي تلقيتها:اذكر **جميع** العلاجات التي تلقيتها وتواريخ الحصول على العلاجات:

إذا كان قد تم فحصك في عيادات أو مستشفيات إضافية خلال الـ 12 شهراً الماضية، فأكمل الصفحة 8.

MC 220
SignedMC 220
Signed

County Use Only

9. هل تم فحصك على يد طبيب خارج العيادة (العيادات) أو المستشفى (المستشفيات) التي ذكرتها بالفعل خلال الـ 12 شهراً الماضية؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى رقم 10. إذا كانت الإجابة نعم، فالرجاء الإجابة بشكل تام على ما يلي، في حالة توقيع الفحص من قبل أكثر من طبيب، يرجى إكمال الصفحة 8 لكافة المعلومات الإضافية:

اسم الطبيب (الأطباء)

رقم المريض/العيادة أو العضو

رقم هاتف الطبيب

()

عنوان العيادة/المستشفى (الرقم، الشارع، الشقة)

المدينة

الولاية

الكود البريدي

تاريخ أول فحص

تاريخ آخر فحص

تاريخ الموعد التالي

سبب الزيارة (الزيارات)

اذكر **جميع** الأدوية التي تلقيتها:

اذكر **جميع** العلاجات التي تلقيتها وتواريخ الحصول على العلاجات:

10. يرجى أن تذكر أدناه ما إذا كنت قد أجريت أي من الاختبارات التالية خلال الـ 12 شهراً الماضية. تأكد من تحديد نعم أو لا بجوار كل اختبار. (إذا كان قد تم ذكر عنوان الطبيب أو العيادة أو المستشفى بالفعل، فأذكر فقط الاسم والتاريخ.)

الاختبار الذي تم إجراؤه	نعم	لا	اسم وعنوان المكتب أو العيادة أو المستشفى حيث تم إكمال الاختبار	التاريخ (الشهر/السنة)
رسم القلب الكهربائي (EKG)			الاسم	
			العنوان (الرقم والشارع والشقة)	
			المدينة	الولاية الكود البريدي
مشاية كهربائية (Exercise heart test)			الاسم	
			العنوان (الرقم والشارع والشقة)	
			المدينة	الولاية الكود البريدي
أشعة إكس على الصدر			الاسم	
			العنوان (الرقم والشارع والشقة)	
			المدينة	الولاية الكود البريدي
اختبار التنفس (PFT)			الاسم	
			العنوان (الرقم والشارع والشقة)	
			المدينة	الولاية الكود البريدي
اختبارات الدم			الاسم	
			العنوان (الرقم والشارع والشقة)	
			المدينة	الولاية الكود البريدي
غير ذلك (حدد)			الاسم	
			العنوان (الرقم والشارع والشقة)	
			المدينة	الولاية الكود البريدي

نعم لا

11. هل خضعت لأي علاج طبي أو اختبار آخر خلال الـ 12 شهراً الماضية؟

إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى الرقم 12.

إذا كانت الإجابة نعم، فأكمل الصفحة 8.

12. هل هناك أي شخص آخر (صديق أو قريب أو أخصائي اجتماعي أو استشاري إعادة تأهيل أو أخصائي علاج طبيعي أو خلافه) يمكننا الاتصال به للحصول على معلومات بشأن مرضك أو إصابتك وكيف أنها تحد من أنشطتك اليومية أو تمنعك عن العمل؟

 نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الإدراج أدناه:

الاسم

العنوان (الرقم والشارع والشقة)

رقم الهاتف

العلاقة بك

()

الاسم

العنوان (الرقم والشارع والشقة)

رقم الهاتف

العلاقة بك

()

الاسم

العنوان (الرقم والشارع والشقة)

رقم الهاتف

العلاقة بك

()

13. ربما يُطلب منك الخضوع لفحوصات طبية إضافية للمساعدة على تقييم مشكلتك (مشكلاتك) الطبية. (وهذه الفحوصات مجانية بالنسبة لك.)

 نعم لا

هل أنت راغب في الخضوع لفحوصات طبية إضافية إذا لزم الأمر؟

الجزء III - المعلومات الاجتماعية والتعليمية

14. صف أنشطتك اليومية وأخبرنا كم تُحد حالتك من الأنشطة التي تقوم بها.

15. صف خلفيتك التعليمية.

a. حدد أعلى صف أنهيته في المدرسة:

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 أو

 GED (مماثل لإنهاء الصف 12) 12+

b. متى أنهيته؟ الشهر/السنة:

c. هل حضرت فصولاً تعليمية خاصة؟ نعم لا

16. هل قمت بأي نوع من العمل لأكثر من 30 يوماً أثناء الـ 15 سنة الماضية؟ (يشمل هذا العمل الذي تم القيام به في دولة أخرى.)

 نعم لا

إذا كانت الإجابة لا، فتجاوز الجزء IV، وانتقل إلى الجزء V، صفحة 7 للتوقيع.

إذا كانت الإجابة نعم، فأجب الجزء IV، صفحة 5، بدءاً من رقم 17.

17. صف كافة الوظائف التي قمت بها لمدة 30 يوماً على الأقل أثناء الـ 15 سنة الماضية. ابدأ بأحدث وظيفة. (إذا كنت قد عملت بأكثر من وظيفتين، فاطلب من أخصائي المقاطعة صفحات إضافية.)

اسم الوظيفة	نوع العمل
تواريخ العمل (الشهر/السنة)	الساعات في الأسبوع
من:	معدل الأجر
إلى:	في الساعة/الأسبوع/الشهر

وصف الوظيفة (هذا ما قمت به وكيفية قيامي به.)

هذه هي الأدوات والآلات والمعدات التي استخدمتها:

استغرقت هذه الفترة لتعلم وظيفة لـ: يوم (أيام) أو شهر (شهور).

كتبت وأكملت تقارير أو أدبت واجبات مشابهة: نعم لا

كانت لدي مسؤوليات إشرافية: نعم لا

النشاط البدني

(ضع دائرة حول أحد الخيارات)

كنت أسير هذا العدد من الساعات في يوم العمل المتوسط: 0 1 2 3 4 5 6 7 8

كنت أقف هذا العدد من الساعات في يوم العمل المتوسط: 0 1 2 3 4 5 6 7 8

كنت أجلس هذا العدد من الساعات في يوم العمل المتوسط: 0 1 2 3 4 5 6 7 8

كنت أتسلق هذا المقدار في يوم العمل المتوسط: مطلقاً من وقت لآخر بشكل متكرر بشكل دائم

كنت أنحني هذا المقدار في يوم العمل المتوسط: مطلقاً من وقت لآخر بشكل متكرر بشكل دائم

أثقل وزن رفعته: 10 lbs 20 lbs 50 lbs أكثر من 100 lbs

كنت غالباً أرفع/أحمل حتى: 10 lbs 20 lbs 50 lbs أكثر من 100 lbs

هل كنت تعاني من أي من مشكلتك/مشكلاتك الطبية الحالية عندما أدبت هذه الوظيفة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة لا، ولم تكن قد عملت بأي وظائف أخرى، فانتقل إلى الجزء V، الصفحة 7، للتوقيع.
إذا كانت الإجابة لا، لكنك عملت بوظائف أخرى، فانتقل إلى 17b، الصفحة التالية.
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى استكمال المعلومات التالية.
اسم المشكلة (المشكلات) الطبية:

هل قام صاحب عملك بترتيبات خاصة (مثل منحك فترات راحة إضافية، أو توفير معدات خاصة، أو تغيير مهام العمل، وخلافه) بحيث يمكنك مواصلة العمل؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، صف الترتيبات الخاصة التي قام بها:

هل تعين عليك التوقف عن العمل بسبب مشكلتك (مشكلاتك) الطبية؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، فمتى؟ الشهر اليوم السنة

هل قمت بأي عمل آخر لأكثر من 30 يوماً أثناء الـ 15 سنة الماضية؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى الجزء V، الصفحة 7 للتوقيع. إذا كانت الإجابة نعم، فانتقل إلى 17b، الصفحة التالية.

176. اسم الوظيفة		نوع العمل	
تواريخ العمل (الشهر/السنة)		الساعات في الأسبوع	معدل الأجر
من: إلى:		في الساعة/الأسبوع/الشهر	
وصف الوظيفة (هذا ما قمت به وكيفية قيامي به.)			
هذه هي الأدوات والآلات والمعدات التي استخدمتها:			
استغرقت هذه الفترة لتعلم وظيفة لـ: شهر (أيام) أو شهر (شهور).			
كنت أتسلق هذا المقدار في يوم العمل المتوسط: <input type="checkbox"/> مطلقاً <input type="checkbox"/> من وقت لآخر <input type="checkbox"/> بشكل متكرر <input type="checkbox"/> بشكل دائم			
كنت أنحني هذا المقدار في يوم العمل المتوسط: <input type="checkbox"/> مطلقاً <input type="checkbox"/> من وقت لآخر <input type="checkbox"/> بشكل متكرر <input type="checkbox"/> بشكل دائم			
أثقل وزن رفعته: <input type="checkbox"/> 10 lbs <input type="checkbox"/> 20 lbs <input type="checkbox"/> 50 lbs <input type="checkbox"/> أكثر من 100 lbs			
كنت غالباً أرفع/أحمل حتى: <input type="checkbox"/> 10 lbs <input type="checkbox"/> 20 lbs <input type="checkbox"/> 50 lbs <input type="checkbox"/> أكثر من 100 lbs			
هل كنت تعاني من أي من مشكلاتك/مشكلاتك الطبية الحالية عندما أدت هذه الوظيفة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا كانت الإجابة لا، ولم تكن قد عملت بأي وظائف أخرى، فانتقل إلى الجزء V، الصفحة 7، للتوقيع.			
إذا كانت الإجابة لا، لكنك عملت بوظائف أخرى، فاطلب من أخصائي مقاطعتك صفحات إضافية.			
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى استكمال المعلومات التالية.			
اسم المشكلة (المشكلات) الطبية:			
هل قام صاحب عملك بترتيبات خاصة (مثل منحك فترات راحة إضافية، أو توفير معدات خاصة، أو تغيير مهام العمل، وخلافه) بحيث يمكنك مواصلة العمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا كانت الإجابة نعم، صف الترتيبات الخاصة التي قام بها:			
هل تعين عليك التوقف عن العمل بسبب مشكلاتك (مشكلاتك) الطبية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا كانت الإجابة نعم، فمتى؟ الشهر اليوم السنة			
هل قمت بأي عمل آخر لأكثر من 30 يوماً أثناء الـ 15 سنة الماضية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى الجزء V، الصفحة 7 للتوقيع. إذا كانت الإجابة نعم، فاطلب من أخصائي مقاطعتك صفحات إضافية للإكمال.			

الجزء V – التوقيع والمصادقة

أُقر تحت عقوبة الحنث باليمين بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية وولاية California أن المعلومات الواردة في هذا البيان الإضافي للحقائِق صحيحة ودقيقة.

التاريخ	توقيع المتقدم
التاريخ	توقيع الشاهد (إذا وقع المتقدم بعلامة)
التاريخ	توقيع الشخص الذي يساعد المتقدم على ملء الاستمارة

سوف تحتاج إلى التوقيع على تفويض لإفشاء المعلومات لكل عيادة أو مستشفى أو مرفق اختبار تذكره أو لكل طبيب زرتَه خارج عيادة أو مستشفى. سوف يمدك أخصائي المقاطعة باستمارات إضافية ستحتاج إلى التوقيع عليها.

County Use Only

متابعة الإجابة (الإجابات) على السؤال (الأسئلة) رقم 8 في صفحة 2، ورقم 9 في صفحة 3، ورقم 10 في صفحة 3. إذا كنت بحاجة لمساحة إضافية، يرجى أن تطلب من أخصائي مقاطعتك صفحات إضافية لإكمالها.

اذكر أي عيادة أو مستشفى إضافية تم فحصك فيها خلال الـ 12 شهراً الماضية.

MC 220
Signed

اسم العيادة/المستشفى	
رقم هاتف العيادة/المستشفى	رقم المريض/العيادة أو العضو
()	
اسم (أسماء) الأطباء الذين زرتهم	
عنوان العيادة/المستشفى (الرقم، الشارع، الشقة)	المدينة
الولاية	الكود البريدي
تاريخ أول فحص	تاريخ آخر فحص
تاريخ الموعد التالي	
سبب الزيارة (الزيارات)	
هل مكثت في المستشفى ليلاً؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
إذا كانت الإجابة نعم، اذكر تاريخ (تواريخ) الدخول: تاريخ (تواريخ) المغادرة:	
هل تم فحصك في غرفة الطوارئ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
إذا كانت الإجابة نعم، اذكر تاريخ (تواريخ) الفحص: اذكر جميع الأدوية التي تلقيتها:	
اذكر جميع العلاجات التي تلقيتها وتواريخ الحصول على العلاجات:	

MC 220
Signed

اذكر أي طبيب إضافي زرتة خارج العيادة (العيادات) أو المستشفى (المستشفيات) التي ذكرتها بالفعل:	
اسم الطبيب (الأطباء)	
رقم المريض/العيادة أو العضو	رقم هاتف الطبيب
()	
اسم (أسماء) الأطباء الذين زرتهم	
عنوان العيادة/المستشفى (الرقم، الشارع، الشقة)	المدينة
الولاية	الكود البريدي
تاريخ أول فحص	تاريخ آخر فحص
تاريخ الموعد التالي	
سبب الزيارة (الزيارات)	
اذكر جميع الأدوية التي تلقيتها:	
اذكر جميع العلاجات التي تلقيتها وتواريخ الحصول على العلاجات:	

MC 220
Signed

اذكر أي اختبارات إضافية أجريتها خلال الـ 12 شهراً الماضية:		
التاريخ (الشهر/السنة)	اسم وعنوان المكتب أو العيادة أو المستشفى حيث تم إكمال الاختبار (الاختبارات).	الاختبار الذي تم إجراؤه
	الاسم	
	العنوان (الرقم والشارع والشقة)	
	المدينة	
	الولاية	
	الكود البريدي	
	الاسم	
	العنوان (الرقم والشارع والشقة)	
	المدينة	
	الولاية	
	الكود البريدي	

MC 220
Signed