

نماذج المرضى الجدد

معلومات المريض			
الاسم:			تاريخ الميلاد (شهر-يوم-سنة): --
العنوان:			
المدينة:	الدولة:	الرمز البريدي:	رقم التأمين الاجتماعي: --
هاتف المنزل: () -	الهاتف الجوال: () -	هاتف العمل: () -	البريد الإلكتروني:
الجنس: [] ذكر [] أنثى			
معلومات الاتصال في حالات الطوارئ			
الاسم:			هاتف: () -
العنوان:			
معلومات الطبيب / الإحالة			
طبيب الرعاية الأولية (PCP):			هاتف: () -
الطبيب المحيل (إن لم يكن طبيب رعاية أولية):			هاتف: () -
معلومات المرفق			
اسم المرفق:			دار مسنين: [] نعم [] لا
عنوان المرفق:			مرفق للتدريب الماهر: [] نعم [] لا
الطرف المسؤول ماليًا (إذا لم يكن المريض)			
الاسم:			رقم التأمين الاجتماعي: --
العنوان:			تاريخ الميلاد (شهر-يوم-سنة): --
الصلة:			رقم التأمين الاجتماعي: --

يرجى التوجه إلى مكتب تسجيل المغادرة قبل مغادرة عيادتنا. رسوم الخدمة تُدفع في نفس يوم تلقي الخدمة. كجزء من خدماتنا سنقدم مطالبات التأمين الخاصة بك. يجب إجراء ترتيبات التأمين / الترتيبات المالية مع قسم علاقات المرضى لدينا قبل الحقن أو الليزر أو العمليات الجراحية.

إصدار المعلومات وإعلان تخصيص الاستحقاقات:

أصرح بموجب هذا بالكشف عن أي معلومات طبية ضرورية لمعالجة مطالبة التأمين الخاصة بي وبتخصيص جميع المدفوعات التي تتم من قبل التأمين الصحي و/أو غيره من مقدم (مقدمي) التأمين عن الخدمات المقدمة إلى الطبيب. أفهم الشروط الواردة أعلاه وأوافق عليها.

إشعار ممارسات الخصوصية: لقد قرأت إشعار ممارسات الخصوصية وأعطي موافقتي على الإفصاح عن سجلاتي الطبية المتعلقة بالعلاج.

توقيع المريض أو ممثل المريض التاريخ

اسم المريض بحروف منفصلة

اسم ممثل المريض بحروف منفصلة وصلته بالمريض (إن وجد)

الأطباء – اتفاقية تحكيم المريض

المادة 1: اتفاقية التحكيم: من المتفق عليه أن أي نزاع يتعلق بسوء الممارسة الطبية، أي إذا كانت أي خدمات طبية مقدمة بموجب هذا العقد غير ضرورية أو غير مصرح بها أو تم تقديمها بشكل غير سليم أو غير وافي أو بإهمال، سيحدد عن طريق الخضوع للتحكيم على النحو المنصوص عليه في قانون ولاية كاليفورنيا، ولا يكون عن طريق دعوى قضائية أو باللجوء إلى إجراءات قضائية باستثناء ما ينص عليه قانون ولاية كاليفورنيا من مراجعة قضائية لإجراءات التحكيم. ويتخلى الطرفان في هذا العقد، بإبرامهما لهذا العقد، عن حقوقهما الدستورية في البت في أي نزاع من هذا القبيل أمام هيئة محلفين، ويقبلان بدلاً من ذلك اللجوء إلى التحكيم.

المادة 2: يجب أن تخضع جميع المطالبات للتحكيم: يعترف الطرفان أن تلزم هذه الاتفاقية جميع الأطراف التي قد تنشأ مطالباتها من العلاج أو الخدمة التي يقدمها الطبيب أو تتعلق لها، بما في ذلك أي زوج أو ورثة للمريض وأي أطفال، سواء كانوا مولودين أو لم يولدوا بعد، في وقت حدوث أي مطالبة. في حالة الأم الحامل، يعني مصطلح "المريض" هنا كل من الأم والطفل أو الأطفال المرتقبون للأم.

ويجب أن تخضع للتحكيم جميع المطالبات المتعلقة بالتعويضات المالية التي تتجاوز حدود الولاية القضائية لمحكمة المطالبات الصغيرة ضد الطبيب، والأطراف أو الشركاء أو الزملاء أو الشركات أو الشركات الخاصة بالطبيب، وموظفي أي منهم ووكلائه وممتلكاته، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، المطالبات المتعلقة بفقدان العلاقة الأسرية أو القتل الخطأ أو الاضطراب العاطفي أو التعويضات التأديبية. ولا يؤدي تقديم الطبيب لأي دعوى في أي محكمة لتحصيل أي رسوم من المريض إلى التنازل عن الحق في فرض التحكيم في أي دعوى بسوء الممارسة. ومع ذلك، بعد تأكيد أي دعوى ضد الطبيب، فإن أي نزاع على الرسوم، ما إذا كان بشأن أي دعوى قضائية قائمة، يتم حله أيضًا عن طريق التحكيم.

المادة 3: الإجراءات والقانون المعمول به: يجب إرسال طلب التحكيم كتابياً إلى جميع الأطراف. يختار كل طرف محكماً (طرف محكّم) في غضون ثلاثين يوماً، ويتم اختيار محكّم ثالث (محكّم محايد) من قبل المحكمين الذين يعينهم الطرفان في غضون ثلاثين يوماً من طلب أي من الطرفين تعيين محكّم محايد. يدفع كل طرف في التحكيم حصة ذلك الطرف التناسبية من مصروفات المحكّم المحايد ورسومه، إلى جانب مصروفات التحكيم الأخرى التي يتكبدها المحكّم المحايد أو يوافق عليها، دون أن يشمل ذلك أتعاب المحامين أو أتعاب الشهود، أو النفقات الأخرى التي يتكبدها الطرف لمنفعته الخاصة. ويوافق الطرفان على أن يتمتع المحكّمون بحصانة موظف قضائي من المسؤولية المدنية عند التصرف بصفته محكماً بموجب هذا العقد. يجب أن تكون هذه الحصانة مكملة لأي تشريع قانوني آخر من القانون العام المعمول به وليس بديلاً له. يكون لأي من الطرفين الحق المطلق في التحكيم بشكل منفصل في مسألي المسؤولية والتعويض بناءً على طلب كتابي موجه إلى المحكّم المحايد.

وتُوقف في انتظار التحكيم موافقة الطرفين على تدخل وضم أي شخص أو كيان في هذا التحكيم والذي قد يكون من ناحية أخرى طرفاً إضافياً مناسباً في دعوى قضائية، وعند حدوث مثل ذلك التدخل وضم أي دعوى قضائية قائمة ضد ذلك الشخص أو الكيان الإضافي.

يتفق الطرفان على أن أحكام قانون ولاية كاليفورنيا المعمول بها على مقدمي الرعاية الصحية تنطبق على المنازعات في إطار اتفاقية التحكيم هذه، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، المادتان 340.5 و 667.7 من قانون الإجراءات المدنية، والبندان 3333.1 و 3333.2 من القانون المدني. يجوز لأي طرف أن يقدم إلى المحكمين التماساً لإصدار حكم مستعجل أو فصل مستعجل وفقاً لقانون الإجراءات

المدنية. يجب إجراء الاستكشاف وفقاً للمادة 1283.05 من قانون الإجراءات المدنية؛ ومع ذلك، يمكن أخذ الإفادات دون موافقة مسبقة من المحكّم المحايد.

المادة 4: أحكام عامة: يجب أن يتم تحكيم جميع المطالبات القائمة على نفس الحالة أو المعاملة أو الظروف ذات الصلة في دعوى واحدة. يتم التنازل عن المطالبة وإسقاطها بالتقادم إلى الأبد إذا (1) في تاريخ استلام إشعار بالمطالبة، إذا خضعت سابقاً لدعوى مدنية، يتم إسقاطها بموجب قانون التقادم المعمول به في كاليفورنيا، أو (2) إذا فشل المدعي في متابعة دعوى التحكيم وفقاً للإجراءات المنصوص عليها في هذه الوثيقة بقدر معقول من العناية. فيما يتعلق بأي مسألة غير منصوص عليها صراحةً في هذه الوثيقة، يخضع المحكمون لأحكام قانون كاليفورنيا للإجراءات المدنية المتعلقة بالتحكيم.

المادة 5: الإلغاء: يجوز إلغاء هذه الاتفاقية بموجب إشعار كتابي يتم تسليمه إلى الطبيب في غضون 30 يوماً من التوقيع. والغرض من هذه الاتفاقية هو أن تطبق جميع الخدمات الطبية المقدمة في أي وقت هذا الشرط.

المادة 6: الأثر الرجعي: إذا كان المريض ينوي أن تغطي هذه الاتفاقية خدمات مقدمة قبل تاريخ التوقيع عليها (بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، العلاج في حالات الطوارئ) ينبغي أن يكون المريض مبدئيًا على النحو التالي مباشرة، وسوف تعتبر هذه الاتفاقية سارية اعتبارًا من تاريخ أول خدمات طبية:

_____الأحرف الأولى للمريض أو ممثل المريض

إذا ثبت أن أي من أحكام اتفاقية التحكيم هذه غير صالح أو غير قابل للتنفيذ، تظل الأحكام المتبقية نافذة بالكامل ولا تتأثر ببطلان أي حكم آخر.

أفهم أنه يحق لي استلام نسخة من اتفاقية التحكيم هذه. وبتوقيعي أدناه، أقر بأنني استلمت نسخة.

ملاحظة: بتوقيعك على هذا العقد فإنك توافق على أن يتم البت في أي مشكلة تتعلق بسوء الممارسة الطبية عن طريق التحكيم المحايد، وعلى أن تتخلى عن حَقك في محاكمة هيئة محلفين. انظر المادة 1 من هذا العقد.

توقيع المريض أو ممثل المريض التاريخ

اسم المريض بحروف منفصلة

اسم ممثل المريض بحروف منفصلة وصلته بالمريض (إن وجد)

توقيع الطبيب أو الممثل المعتمد التاريخ

إشعار ممارسات الخصوصية

تعهدنا فيما يتعلق بالمعلومات الطبية:

نحن ندرك أن المعلومات الطبية المتعلقة بك وبصحتك تعد معلومات شخصية. ونحن ملتزمون بحماية معلوماتك الطبية. نحن ننشئ سجل يتضمن الرعاية والخدمات التي تتلقاها. نحن بحاجة إلى هذا السجل لتزويدك برعاية تتميز بالجودة والامتثال لمتطلبات قانونية معينة. ينطبق هذا الإشعار على جميع سجلات الرعاية الخاصة بك التي أنشأتها هذه الشركة. يصف هذا الإشعار كيف يمكن استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها. يُرجى مراجعته بعناية.

تصف الفئات التالية الطرق المختلفة التي نتبعها لاستخدام المعلومات الطبية والإفصاح عنها. لن يتم إدراج كل استخدام أو إفصاح في فئة واحدة. ومع ذلك، فإن جميع الطرق المسموح لنا باتبعها لاستخدام المعلومات والإفصاح عنها ستقع ضمن واحدة من الفئات.

1. العلاج: سنستخدم المعلومات الطبية لتوفير الرعاية الطبية الخاصة بك. فعلى سبيل المثال، قد نشارك معلوماتك الطبية مع الأطباء الآخرين أو مقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين سيقدّمون خدمات لا نقدمها.
2. بدائل العلاج: قد نستخدم المعلومات الطبية ونفصح عنها لنخبرك أو نوصي لك بخيارات أو بدائل العلاج الممكنة التي قد تكون موضع اهتمام بالنسبة لك.

3. الدفع: سنستخدم المعلومات الطبية لتحصيل المدفوعات عن الخدمات التي نقدمها.
4. عمليات الرعاية الصحية: قد نستخدم المعلومات الطبية لتنفيذ ممارستنا الطبية. على سبيل المثال، قد نستخدم هذه المعلومات ونفصح عنها لمراجعة وتحسين جودة الرعاية التي نقدمها، أو جودة وكفاءة موظفينا المحترفين.
5. تذكيرات المواعيد: قد نستخدم المعلومات الطبية ونفصح عنها للاتصال بك وتذكيرك بالمواعيد. لن نقدم أي معلومات طبية عند إرسال الرسائل.
6. صفحة تسجيل الدخول: قد نستخدم معلوماتك الطبية ونفصح عنها من خلال تسجيل دخولك عند وصولك إلى ع. كما قد نوجه إليك دعوة عندما نكون على استعداد لرؤيتك.
7. البريد الإلكتروني: قد نتصل بك عبر البريد الإلكتروني.
8. التسويق: قد نتصل بك لإعطائك معلومات عن المنتجات والخدمات المتعلقة بالعلاج أو إدارة الحالة أو تنسيق الرعاية.
9. مطلوب بموجب القانون: كما هو مطلوب بموجب القانون، سنستخدم معلوماتك الصحية ونفصح عنها، ولكننا سنقصر استخدامها أو إفصاحنا على المتطلبات ذات الصلة بالقانون. قد يُطلب منا في بعض الأحيان الإفصاح عن معلوماتك الصحية لمسؤول إنفاذ القانون لأغراض تحديد أو الوصول إلى مكان مشتبه به هارب أو شاهد أساسي أو شخص مفقود.
10. الإجراءات القضائية والإدارية: يجوز لنا، ويُطلب منا أحياناً بموجب القانون، أن نفصح عن معلوماتك الصحية أثناء الإجراءات الإدارية أو القضائية بالقدر المسموح به صراحةً من قبل محكمة أو أمر إداري.
11. الصحة العامة: يجوز لنا، ويُطلب منا أحياناً بموجب القانون، أن نفصح عن معلوماتك الصحية لسلطات الصحة العامة لأغراض تتعلق بما يلي: منع أو السيطرة على مرض أو إصابة أو إعاقة؛ الإبلاغ عن إساءة معاملة أو إهمال لطفل أو مُسن أو شخص بالغ مُعال؛ الإبلاغ عن عنف منزلي؛ الإبلاغ عن مشاكل المنتجات إلى إدارة الغذاء والدواء (FDA)، وردود الفعل للأدوية، والإبلاغ عن مرض أو تعرض لعدوى.
12. إدارة الغذاء والدواء (FDA). قد نفصح عن معلوماتك الصحية (ينطبق على مرضى الدراسة فقط) لإدارة الغذاء والدواء، أو لكيان يخضع لإدارة الغذاء والدواء من أجل، على سبيل المثال، الإبلاغ عن حدث ضار أو عيب يتعلق بعقار أو جهاز طبي.

الاستخدامات الأخرى للمعلومات الطبية:

لن يتم إجراء الاستخدامات والإفصاحات الأخرى عن المعلومات الطبية التي لا يغطيها هذا الإشعار أو القوانين التي تنطبق علينا إلا بإذن كتابي منك. إذا منحتنا إذنًا باستخدام معلوماتك الطبية أو الإفصاح عنها، يمكنك إلغاء هذا الإذن كتابيًا في أي وقت. إذا قمت بإلغاء الإذن، فسنوقف عن استخدام معلوماتك الطبية أو الإفصاح عنها للأسباب التي يغطيها تفويضك المكتوب. أنت تدرك أننا لا نستطيع استعادة أي إفصاح أجريناه بالفعل بموجب موافقتك، وأنا مطالبون بالاحتفاظ بسجلات العناية التي قدمناها لك.

التغييرات التي تطرأ على هذا الإشعار:

نحن نحفظ بحقنا في تغيير هذا الإشعار. نحن نحفظ بحقنا في جعل الإشعار المنقح أو المتغير فعالاً بالنسبة للمعلومات الطبية التي لدينا بالفعل عنك وكذلك أي معلومات نتلقاها في المستقبل. وسيتضمن هذا الإشعار تاريخ النفاذ.

الشكاوى

إذا كنت تعتقد أن حقوق الخصوصية الخاصة بك قد انتهكت، فيمكنك تقديم شكوى إلى Retina Institute of California أو Acuity Eye Specialists عبر البريد أو بإرسال بريد إلكتروني إلى Privacy Officer at PrivacyOfficer@retina2020.com. يجب تقديم جميع الشكاوى كتابياً. لن تتم معاقبتك على تقديم شكوى.

معلومات متعلقة بقطرات توسيع العين

تستخدم قطرات التوسيع لتوسيع أو تكبير بؤبؤ العين ليتمكن طبيب العيون من رؤية داخل العين بشكل أفضل.

وعادةً ما تؤدي قطرات التوسيع إلى ضبابية في الرؤية لفترة زمنية تختلف من شخص لآخر، وقد تجعل الأضواء الساطعة مزعجة. ويتعذر على طبيب العيون التنبؤ بمدى تأثير الرؤية لديك. ويفضل التخطيط لتجنب القيادة بعد الفحص، حيث قد تواجه صعوبة في القيادة بعد الخضوع للفحص مباشرةً.

قد تؤدي قطرات التوسيع إلى ردود فعل عكسية، مثل المياه الزرقاء منغلقة الزاوية. من النادر جدًا أن يحدث ذلك، وهو قابل للعلاج مع الرعاية الطبية الفورية.
بموجب هذا، أفوض الطبيب الذي أزوره وأي مساعدين يعينهم بإعطاء قطرات توسيع العين. وأنا أدرك أن قطرات توسيع العين ضرورية لتشخيص حالتي.

توقيع المريض أو ممثل المريض التاريخ

اسم المريض بحروف منفصلة

اسم ممثل المريض بحروف منفصلة وصلته بالمريض (إن وجد)

السياسة المالية للعيادة

هدفنا هو توفير علاقة جيدة بين الطبيب والمريض والحفاظ عليها. يتيح إعلامك مسبقًا بسياسة عيادتنا تدفقًا جيدًا للاتصالات ويمكننا من تحقيق هدفنا. يُرجى القراءة بعناية، وإذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى عدم التردد في توجيهها إلى أحد موظفينا.

1. عند الوصول، يرجى تسجيل الوصول في مكتب الاستقبال وتقديم بطاقة التأمين الحالية في كل زيارة. سيطلب منك التوقيع ووضع التاريخ على نسخة من البطاقة. ويمثل ذلك تصديقك على شركة التأمين الصحيحة وموافقتك على إرسال فاتورة لها. إذا كانت شركة التأمين التي تحددها غير صحيحة، فستكون مسؤولاً عن الدفع مقابل الزيارة وإرسال الرسوم إلى الخطة الصحيحة.
2. وفقًا لخطة التأمين الخاصة بك، تكون أنت المسؤول عن أي وجميع الدفعات التشاركية والاستقطاعات ونسب التأمينات.
3. ومن مسؤوليتك أن تفهم خطة الاستحقاقات الخاصة بك. وتقع على عاتقك مسؤولية معرفة ما إذا كانت هناك حاجة إلى إحالة أو تصريح خطي لزيارة الأخصائيين، وما إذا كان يلزم الحصول على تصريح مسبق قبل اتخاذ إجراء ما، وما هي الخدمات المغطاة.
4. إذا لم يشارك أطباؤنا في خطة التأمين الخاصة بك، فمن المتوقع أن تقوم بدفع القيمة بالكامل في وقت زيارتك للعيادة. بالنسبة للمواعيد المجدولة، يجب دفع الأرصدة السابقة قبل الزيارة.
5. إذا لم يكن لديك تأمين، سيتم دفع مبلغ زيارة ال في وقت الزيارة.
6. وتستحق الدفعات التشاركية في وقت الخدمة. ستضاف رسوم المعالجة (أو رسوم الخدمة) إلى الدفعات التشاركية إذا لم يتم سداد الدفعات التشاركية في وقت الخدمة أو في نهاية يوم العمل التالي.
7. يتم إرسال فواتير أرصدة المرضى فور استلام توضيحات خطة التأمين الخاصة بك للاستحقاقات. تستحق التحويلات المالية الخاصة بك خلال 10 أيام عمل من استلامك للفاتورة.
8. لا تتم تغطية جميع الخدمات التي تقدمها عيادتنا بكل خطة. أي خدمة تكون غير مشمولة بخطتك ستكون مسؤوليتك أنت.
9. لقد قرأت هذه السياسة المالية للعيادة وفهمتها، وأوافق على الالتزام وقبول المسؤولية عن أي مدفوعات تصبح مستحقة على النحو المبين سابقًا.

توقيع المريض أو ممثل المريض التاريخ

اسم المريض بحروف منفصلة

اسم ممثل المريض بحروف منفصلة وصلته بالمريض (إن وجد)

إشعار فرق التأمين/الدفعات التشاركية

أقر بأنه إذا لم يغطي تأميني الخدمات التي أتلقاها، فسأكون مسؤولاً عن سداد تكاليف الخدمات التي تلقيتها. أفهم أن من مسؤوليتي إخطار RIC أو Acuity Eye Specialists (AES) بأي تغييرات تطرأ على تأميني. أفهم أنني إذا لم أخطر RIC أو AES بأي تغييرات تطرأ على تأميني، فسأكون مسؤولاً عن الخدمات المؤداة وسأتلقي فاتورة بالبريد. أفهم أنه إذا لم يسدد تأميني رصيد الخدمات التي تلقيتها بالكامل، فسأكون مسؤولاً عن أي مبلغ متبقٍ في الرصيد أو الدفعة التشاركية.

توقيع المريض أو ممثل المريض التاريخ

اسم المريض بحروف منفصلة

اسم ممثل المريض بحروف منفصلة وصلته بالمريض (إن وجد)

سياسة الإلغاء

نرجو أن تدرك أننا نخصص وقتاً لكل مريض. إذا لم تتصل لإلغاء موعدك في غضون 24 ساعة على الأقل، فقد تخضع لرسوم إلغاء بقيمة 25 دولار أمريكي. نشكرك على تعاونك.

لقد قرأت سياسة إلغاء العيادة وفهمتها، وأوافق على الالتزام وقبول المسؤولية عن أي مدفوعات تصبح مستحقة على النحو المبين سابقاً.

توقيع المريض أو ممثل المريض التاريخ

اسم المريض بحروف منفصلة

اسم ممثل المريض بحروف منفصلة وصلته بالمريض (إن وجد)

التاريخ الطبي للمريض

الأدوية، الحساسية، العمليات الجراحية	
عمليات جراحية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	حساسية للأدوية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
إذا كانت الإجابة بنعم للعمليات الجراحية، قم بإدراج جميع العمليات الجراحية أدناه. (على سبيل المثال: استئصال اللوزتين، استئصال الزائدة، إعتام عدسة العين، إلى آخره)	إذا كانت الإجابة بنعم للحساسية للأدوية، قم بإدراج جميع الأدوية وردود الفعل في المساحة المخصصة أدناه. (مثال: البنسلين، أدوية السلفا، مضادات الالتهاب غير الستيرويدية، إلى آخره)

التاريخ الطبي السابق

هل دخلت إلى مستشفى للعلاج من قبل؟ <input type="checkbox"/> نعم، يُرجى تحديد التاريخ والسبب أدناه. <input type="checkbox"/> لا	
التاريخ	السبب

هل تم تشخيصك من قبل على أنك مصاب بأي من الحالات التالية؟ (اختر ما ينطبق)

ج فقر الدم	ج تضخم الغدة الدرقية	ج حصوات الكلى
ج الذبحة الصدرية	ج لغط القلب	ج سرطان الدم
ج الربو	ج مشاكل القلب	ج التهاب الرئوي
ج السرطان (يرجى التحديد أدناه)	ج التهاب الكبد	ج الصدفية
ج إعتام عدسة العين	ج ارتفاع ضغط الدم	ج الانسداد الرئوي
ج التهاب القولون	ج ارتفاع الكوليسترول	ج الحمى الروماتيزمية
ج داء كرون	ج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز	ج القرحة المعدية أو الهضمية
ج مرض السكري	ج قصور الغدة الدرقية	ج السكتة الدماغية
ج انتفاخ الرئة	ج اليرقان	ج مرض السل
ج الصرع (نوبات)	ج مرض الكلى	

الحالات الطبية الأخرى:

التاريخ الاجتماعي
(اختر ما ينطبق)

ج التدخين، _____ علبة يوميًا، لمدة _____ سنة.
ج الخمر
ج العقاقير غير المشروعة، يرجى التحديد: _____، _____، _____، _____

استعراض المشكلات العامة

في الشهر الماضي، هل واجهت أي من المشكلات التالية؟ (اختر ما ينطبق)

عام	الحلق	المعدة والأمعاء	الأذنان
ج زيادة الوزن مؤخرًا	ج التهاب الحلق المتكرر	ج غثيان	ج رنين في الأذنين
ج فقدان الوزن مؤخرًا	ج بُحّة الصوت	ج حرقة معدية	ج فقدان السمع
ج إجهاد	ج صعوبة في البلع	ج ألم المعدة	
ج ضعف	ج ألم في الفك	ج قيء	الدم
ج حمى		ج يرقان (الصفراء)	ج فقر الدم
ج تعرّج ليلي	القلب والرئتان	ج إمساك	ج جلطات
	ج ألم في الصدر	ج إسهال مستمر	
العضلات/المفاصل/العظام	ج خفقان	ج دم في البراز	الكلية/العضو التناسلي/المثانة
ج خدر	ج ضيق التنفس	ج براز أسود اللون	ج تبول متكرر/مؤلم
ج ألم المفاصل	ج إغماء		ج دم في البول
ج ضعف العضلات	ج تورم الساقين/القدمين	الجهاز العصبي	ج ضعف الانتصاب
ج تورم المفاصل	ج سعال	ج صداع	ج سلس البول
	الجلد	ج دوار	ج عدوى
العينان	ج احمرار	ج إغماء/فقدان الوعي	النفسية
ج ألم	ج طفح	ج خدر أو وخز	ج اكتئاب
ج احمرار	ج عقيدات/تورمات	ج فقدان الذاكرة	ج اضطراب
ج فقدان الرؤية	ج سقوط الشعر		ج تقلبات المزاج
ج رؤية مزدوجة/غير واضحة	ج تغير لون اليدين أو القدمين		ج أرق
ج جفاف			ج هلاوس
			ج توهان

تاريخ العائلة

هل تم تشخيص أحد أفراد عائلتك بأنه مصاب بأي من الحالات التالية؟ (اختر ما ينطبق)

الأب	الأخ	الابنة
ج المياه الزرقاء	ج المياه الزرقاء	ج المياه الزرقاء
ج إعتام عدسة العين	ج إعتام عدسة العين	ج إعتام عدسة العين
ج تنكس بقعي	ج تنكس بقعي	ج تنكس بقعي
ج مرض السكري	ج مرض السكري	ج مرض السكري
ج ارتفاع ضغط الدم	ج ارتفاع ضغط الدم	ج ارتفاع ضغط الدم
ج سرطان	ج سرطان	ج سرطان
ج التهاب المفاصل	ج التهاب المفاصل	ج التهاب المفاصل
ج مرض القلب	ج مرض القلب	ج مرض القلب
ج أخرى: _____	ج أخرى: _____	ج أخرى: _____
الأم	الأخت	الابن
ج المياه الزرقاء	ج المياه الزرقاء	ج المياه الزرقاء
ج إعتام عدسة العين	ج إعتام عدسة العين	ج إعتام عدسة العين



ج تنكس بقعي
ج مرض السكري
ج ارتفاع ضغط الدم
ج سرطان
ج التهاب المفاصل
ج مرض القلب
ج أخرى:

ج تنكس بقعي
ج مرض السكري
ج ارتفاع ضغط الدم
ج سرطان
ج التهاب المفاصل
ج مرض القلب
ج أخرى:

ج تنكس بقعي
ج مرض السكري
ج ارتفاع ضغط الدم
ج سرطان
ج التهاب المفاصل
ج مرض القلب
ج أخرى: