

রোগী রেজিস্ট্রেশন ফর্ম					
আইনগত নামের শেষ অংশ		আইনগত নামের প্রথম অংশ		ডাক নাম (যদি আলাদা হয় )	
ঠিকানা		অ্যাপার্ট:	সিটি	স্টেট	জিপ কোড
ফোন নম্বর: (মোবাইল) _____ (বাড়ি) _____ (কর্মস্থল)					
সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর - -		জন্ম তারিখ: মাস দিন বছর / /		ইমেল	
আপনি 17 বা তার কম বয়সী হলে: পিতা-মাতা বা আইনানুগ অভিভাবক				মায়ের কুমারী নাম	
<b>আমি:</b> <input type="checkbox"/> অবিবাহিত/অবিবাহিতা <input type="checkbox"/> সঙ্গী/সঙ্গিনী <input type="checkbox"/> বিবাহিত/বিবাহিতা <input type="checkbox"/> বিচ্ছিন্ন/বিচ্ছিন্না <input type="checkbox"/> বিবাহবিচ্ছিন্ন/বিবাহবিচ্ছিন্না <input type="checkbox"/> বিপল্লীক/বিধবা	<b>যে সর্বোচ্চ গ্রেড সম্পূর্ণ করেছেন:</b> <input type="checkbox"/> হাই স্কুলের কম <input type="checkbox"/> হাই স্কুল গ্র্যাডুয়েট/GED <input type="checkbox"/> কোনো কলেজ <input type="checkbox"/> কলেজের ডিগ্রী বা তার অধিক		<b>আমি:</b> <input type="checkbox"/> পূর্ণ-সময়ের শিক্ষার্থী <input type="checkbox"/> আংশিক-সময়ের শিক্ষার্থী <input type="checkbox"/> শিক্ষার্থী নই <b>আমি কাজ করি:</b> <input type="checkbox"/> পূর্ণ সময় <input type="checkbox"/> আংশিক সময় <input type="checkbox"/> আমি কাজ করি না <input type="checkbox"/> অবসরপ্রাপ্ত		<b>আয় :</b> \$ _____ <input type="checkbox"/> প্রতি সপ্তাহে <input type="checkbox"/> প্রতি দু সপ্তাহে <input type="checkbox"/> প্রতি মাসে <input type="checkbox"/> বার্ষিক <b>নির্ভরশীলদের সংখ্যা: _____</b>
<b>জাতিগত পরিচয়:</b> <input type="checkbox"/> হিস্পানিক/লাতিনো <input type="checkbox"/> অ-হিস্পানিক <input type="checkbox"/> বরং বলতে হবে না		<b>জাতি:</b> <input type="checkbox"/> আমেরিকান ইন্ডিয়ান/আলাস্কার দেশজ <input type="checkbox"/> এশীয় <input type="checkbox"/> হাওয়াই-এর দেশজ <input type="checkbox"/> প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপপুঞ্জের <input type="checkbox"/> কৃষ্ণাঙ্গ/আফ্রিকান আমেরিকান <input type="checkbox"/> স্বেতাঙ্গ <input type="checkbox"/> বরং বলতে হবে না		<b>আপনি কোন্‌ভাষায় কথা বলেন?</b> <input type="checkbox"/> ইংরেজি <input type="checkbox"/> স্প্যানিশ <input type="checkbox"/> ফরাসী <input type="checkbox"/> ক্যান্টনীজ <input type="checkbox"/> মান্দারিন <input type="checkbox"/> বাংলা <input type="checkbox"/> অন্য: _____	
<b>যে দেশে জন্মেছেন:</b> _____					

<p><b>আমার আইনগত লিঙ্গ হল</b> (পরিচয়পত্রে বা বীমার কার্ডে যা আছে):</p> <p><input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা</p>	<p><b>আমরা কীভাবে আপনার উল্লেখ করবো?</b></p> <p><input type="checkbox"/> সে/তিনি (পুং) <input type="checkbox"/></p> <p>তালিকাভুক্ত নয় : <input type="checkbox"/> সে/তিনি (স্ত্রী) _____</p> <p><input type="checkbox"/> তাঁরা</p>	<p><b>লিঙ্গ পরিচয়:</b></p> <p><input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> বিচিত্র লিঙ্গ/লিঙ্গ গতানুগতিক নয়</p> <p><input type="checkbox"/> মহিলা</p> <p><input type="checkbox"/> পরিবর্তিত লিঙ্গের পুরুষ <input type="checkbox"/> আমি উত্তর দিতে অনিচ্ছুক</p> <p><input type="checkbox"/> পরিবর্তিত লিঙ্গের নারী <input type="checkbox"/> তালিকাভুক্ত নয়: _____</p>
<p><b>জন্মের সময় নির্ধারিত লিঙ্গ:</b></p> <p><input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> উভলিঙ্গ <input type="checkbox"/> আমি উত্তর দিতে অনিচ্ছুক</p>	<p><b>যৌন পরিচয়:</b></p> <p><input type="checkbox"/> লেজবিয়ান/গে <input type="checkbox"/> আমি উত্তর দিতে অনিচ্ছুক</p> <p><input type="checkbox"/> বিপরীতকামী <input type="checkbox"/> তালিকাভুক্ত নয়: _____</p> <p><input type="checkbox"/> উভকামী</p> <p><input type="checkbox"/> আমি জানি না</p>	
<p><b>আপনি কি কখনো সামরিক বাহিনীতে কাজ করেছেন?</b></p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ, মার্কিন সামরিক বাহিনীতে <input type="checkbox"/> হ্যাঁ, অন্য একটি দেশের সামরিক বাহিনীতে</p> <p><b>যদি হ্যাঁ হয়, এখন আমি:</b></p> <p><input type="checkbox"/> কর্তব্যরত <input type="checkbox"/> ন্যাশানাল গার্ডে <input type="checkbox"/> রিজার্ভে <input type="checkbox"/> অবসরপ্রাপ্ত/এখন তালিকাভুক্ত নয়</p>	<p><b>আপনি এই কেন্দ্রের সম্পর্কে কীভাবে জানতে পারলেন?</b></p> <p><input type="checkbox"/> বন্ধু / পরিবার <input type="checkbox"/> উডো খবর <input type="checkbox"/> ইন্টারনেট _____ <input type="checkbox"/> স্বাস্থ্যবীমা পরিকল্পনা <input type="checkbox"/> স্কুল <input type="checkbox"/> 311 <input type="checkbox"/> সামাজিক মাধ্যম _____ <input type="checkbox"/> অন্যান্য _____</p>	
<p><b>আমার ফার্মেসি (ওষুধের দোকান):</b></p> <p>নাম: _____</p> <p>ফোন নম্বর: _____</p> <p>ঠিকানা: _____</p>	<p><b>আমার আপৎকালীন পরিস্থিতিতে অনুগ্রহ করে কল করুন:</b></p> <p>নাম: _____ সম্পর্ক: _____</p> <p>ফোন নম্বর: _____</p> <p>ঠিকানা: _____</p>	
<p><b>রোগচিকিৎসার সম্মতি</b></p>		

নীচে স্বাক্ষর করে আমি সম্মত হচ্ছি যে কমিউনিটি হেলথকেয়ার নেটওয়ার্ক (CHN) চিকিৎসা প্রদানকারীরা আমাকে এই পরিষেবাগুলি প্রদান করতে পারেন:

- রোগ পরিচর্যা ও চিকিৎসা      ◦ এক্স-রে      ◦ পরীক্ষাগারের পরীক্ষাসমূহ      ◦ ওষুধপত্র

আমি এও উপলব্ধি করি যে CHN-এ অন্যান্য পরিচর্যা পেতে আমার CHN-এ পরিবার পরিকল্পনা পরিচর্যা প্রাপ্ত করার প্রয়োজন নেই।

\_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_  
রোগীর স্বাক্ষর

\_\_\_\_\_ সম্পর্ক \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_  
পিতা-মাতা অথবা আইনানুগ অভিভাবকের স্বাক্ষর  
(রোগীর বয়স 17 বছর বা তার কম হলে)

### স্বাস্থ্যের রেকর্ডসমূহ প্রকাশের সম্মতি

আমি উপলব্ধি করি যে আমার স্বাস্থ্যের রেকর্ড গোপনীয়। আমি সম্মতি দিচ্ছি যে তা আমার লিখিত অনুমতি ছাড়া কারুর সঙ্গে শেয়ার করা যাবে না, যদি না তা এঁদের প্রয়োজন হয় :

- আমার স্বাস্থ্য পরিচর্যা বা চিকিৎসায় জড়িত কোন চিকিৎসক বা হাসপাতাল
- আমার স্বাস্থ্য পরিচর্যার জন্য অর্থ প্রদানকারী কোন ব্যক্তি অথবা স্বাস্থ্য সংস্থা
- CHN-এ আমার স্বাস্থ্য পরিচর্যায় সহায়তা করতে অন্যান্য কাজকর্মের দ্বারা সাহায্য করছে এমন কোন স্বাস্থ্য সংস্থা

আমি সম্মতি দিচ্ছি যে আমার বীমার সুবিধার অর্থপ্রদান যেন সরাসরি কমিউনিটি হেলথকেয়ার নেটওয়ার্ক-কে করা হয়।

\_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_  
রোগীর স্বাক্ষর

\_\_\_\_\_ সম্পর্ক \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_  
পিতা-মাতা অথবা আইনানুগ অভিভাবকের স্বাক্ষর  
(রোগীর বয়স 17 বছর বা তার কম হলে)

### পেশেন্ট বিল অফ রাইটস-এর নোটিস ও প্রাপ্তিস্বীকার

আমি পেশেন্ট হ্যান্ডবুক পেয়েছি যার মধ্যে রয়েছে পেশেন্ট'স বিল অফ রাইটস কমিউনিটি হেলথকেয়ার নেটওয়ার্ক-এ উপলব্ধ পরিষেবাসমূহ সম্পর্কে তথ্য।

\_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_  
রোগীর স্বাক্ষর

\_\_\_\_\_ সম্পর্ক \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_  
পিতা-মাতা অথবা আইনানুগ অভিভাবকের স্বাক্ষর  
(রোগীর বয়স 17 বছর বা তার কম হলে)