



የታካሚ ምዝገባ ቅጽ - የጥርስ ክሊኒኮች

(እባክዎ በግልጽ ያትሙ)

የታካሚ መረጃ				
የአያት ስም:	የመጀመሪያ:	የአባት ስም:	ጾታ: <input type="checkbox"/> ሴ <input type="checkbox"/> ወ <input type="checkbox"/> ሌላ	
የትውልድ ቀን:	የማኅበራዊ ዋስትና ቁጥር:	የጋብቻ ሁኔታ:	ለቀጠሮ አስታዋሾች የግንኙነት ምርመራ (ብዙ ሊመርጥ ይችላል):	
/ /	- -	<input type="checkbox"/> ያላገባ <input type="checkbox"/> ያገባ <input type="checkbox"/> የፈታ <input type="checkbox"/> የተለያየ <input type="checkbox"/> ባል የሞተባት	<input type="checkbox"/> ስልክ <input type="checkbox"/> ጽሁፍ <input type="checkbox"/> ኢሜል (የኢሜል አድራሻ ከዚህ በታች ያቅርቡ) ኢሜል:	
የጎዳና አድራሻ:	አፓርትመንት/ክፍል:		የቤት ስልክ:	<input type="checkbox"/> የመጀመሪያ
			()	
ከተማ:	ግዛት:	ዚፕ ኮድ:	የስራ ስልክ:	<input type="checkbox"/> የመጀመሪያ
			()	
ቀጣሪ:	ከተማ እና ግዛት		የሞባይል ስልክ:	<input type="checkbox"/> የመጀመሪያ
			()	
ጎሳ:	<input type="checkbox"/> ሂሳብ ወይም ላቲኖ <input type="checkbox"/> ሂሳብ ወይም ላቲኖ ያልሆነ <input type="checkbox"/> ውድቅ አድርገ	ዘር: <input type="checkbox"/> እስያዊ <input type="checkbox"/> ጥቁር ወይም አፍሪካዊ አሜሪካዊ <input type="checkbox"/> ነጭ	<input type="checkbox"/> የአሜሪካ ሕንድ ወይም የአላስካ ተወላጅ <input type="checkbox"/> ተወላጅ ሃዋይያን ወይም ሌላ የፓሲፊክ ደሴት ነዋሪ <input type="checkbox"/> ቅልቅል <input type="checkbox"/> ውድቅ አድርገ	አስተርጓሚ ያስፈልጋል? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ አዎ ከሆነ የሚያስፈልገው ቋንቋ:
የድንገተኛ ጊዜ ግንኙነት	የአያት ስም:	የመጀመሪያ ስም:	ስልክ:	
			()	
ከሕመምተኛ ጋር ያላቸው ዝምድና:	<input type="checkbox"/> የትዳር ጓደኛ/አጋር <input type="checkbox"/> ልጅ <input type="checkbox"/> ወላጅ <input type="checkbox"/> ወንድም/አህት <input type="checkbox"/> አያት <input type="checkbox"/> ሕጋዊ ሞግዚት <input type="checkbox"/> ሌላ			

ለከፍተኛ ታላቁን ያለበት ሰው (ከሕመምተኛ የተለየ ከሆነ ብቻ)				
<input type="checkbox"/> ይህ ሰው እዚህ ህመምተኛ ነው	የአያት ስም:	የመጀመሪያ:	የአባት ስም:	ጾታ: <input type="checkbox"/> ሴ <input type="checkbox"/> ወ <input type="checkbox"/> ሌላ
የጎዳና አድራሻ:	አፓርትመንት/ክፍል:		የቤት ስልክ:	
			()	
ከተማ:	ግዛት:	ዚፕ ኮድ:	ተለዋጭ ስልክ:	
			()	
የትውልድ ቀን:	የማኅበራዊ ዋስትና ቁጥር:	ከሕመምተኛ ጋር ያላቸው ዝምድና:	የቀጣሪ ስም:	
/ /	- -	<input type="checkbox"/> የትዳር ጓደኛ/አጋር <input type="checkbox"/> ወላጅ <input type="checkbox"/> አያት <input type="checkbox"/> ልጅ <input type="checkbox"/> ሕጋዊ ሞግዚት <input type="checkbox"/> አህት/ወንድም	ከተማ:	ግዛት:

የኢንቨራንሽን መረጃ (የኢንቨራንሽን ካርድ ቅጽ ያስፈልጋል)				
ይህ ህመምተኛ በሚኒስትራ የጤና ስርዓት ስርዓት ተሸፍኗል?	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	መታወቂያ ቁጥር	የቡድን ቁጥር	
ፖሊሲ ያሻገር: የአያት ስም:	የመጀመሪያ:		የአባት ስም:	ጾታ: <input type="checkbox"/> ሴ <input type="checkbox"/> ወ <input type="checkbox"/> ሌላ
<input type="checkbox"/> ታካሚው ፖሊሲ ያሻገር ነው:				
የጎዳና አድራሻ:	አፓርትመንት/ክፍል:		የቤት ስልክ:	
<input type="checkbox"/> ከታካሚው ጋር ተመሳሳይ ነው			()	
ከተማ:	ግዛት:	ዚፕ ኮድ:	ተለዋጭ ስልክ:	
			()	
የትውልድ ቀን:	የማኅበራዊ ዋስትና ቁጥር:	ከሕመምተኛ ጋር ያላቸው ዝምድና:	የቀጣሪ ስም:	
/ /	- -	<input type="checkbox"/> የትዳር ጓደኛ/አጋር <input type="checkbox"/> ወላጅ <input type="checkbox"/> አያት <input type="checkbox"/> ልጅ <input type="checkbox"/> ሕጋዊ ሞግዚት <input type="checkbox"/> አህት/ወንድም	ከተማ:	ግዛት:
የመድሀን ስም:	<input type="checkbox"/> የጥርስ ህክምና <input type="checkbox"/> ጤና	የቡድን ቁጥር:	ፖሊሲ ያሻገር/የተመዘጋጠመ መታወቂያ ቁጥር:	
የመድሀን ክፍያ መጠየቂያ አድራሻ:	ከተማ	ግዛት	የመድሀን መጀመሪያ ቀን:	ወ / ግ

የሁለተኛ ደረጃ መድሀን መረጃ				
ፖሊሲ ያሻገር: የአያት ስም:	የመጀመሪያ:		የአባት ስም:	ጾታ: <input type="checkbox"/> ሴ <input type="checkbox"/> ወ <input type="checkbox"/> ሌላ
<input type="checkbox"/> ታካሚው ፖሊሲ ያሻገር ነው:				
የጎዳና አድራሻ:	አፓርትመንት/ክፍል:		የቤት ስልክ:	
<input type="checkbox"/> ከታካሚው ጋር ተመሳሳይ ነው			()	
ከተማ:	ግዛት:	ዚፕ ኮድ:	ተለዋጭ ስልክ:	
			()	
የትውልድ ቀን:	የማኅበራዊ ዋስትና ቁጥር:	ከሕመምተኛ ጋር ያላቸው ዝምድና:	የቀጣሪ ስም:	
/ /	- -	<input type="checkbox"/> የትዳር ጓደኛ/አጋር <input type="checkbox"/> ወላጅ <input type="checkbox"/> አያት <input type="checkbox"/> ልጅ <input type="checkbox"/> ሕጋዊ ሞግዚት <input type="checkbox"/> አህት/ወንድም	ከተማ:	ግዛት:
የመድሀን ስም:	<input type="checkbox"/> የጥርስ ህክምና <input type="checkbox"/> ጤና	የቡድን ቁጥር:	ፖሊሲ ያሻገር/የተመዘጋጠመ መታወቂያ ቁጥር:	
የመድሀን ክፍያ መጠየቂያ አድራሻ:	ከተማ	ግዛት	የመድሀን መጀመሪያ ቀን:	ወ / ግ