

သင့်အမည်- _____

မွေးရက်- _____ အရပ်- _____ ကိုယ်အလေးချိန်- _____

ဖုန်း(အိမ်)- _____ ဆဲလ်ဖုန်း- _____

မိဘ၏/အုပ်ထိန်းသူ၏ အမည်- _____

ဖုန်း- _____

ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီ- _____

ID #: _____ အုပ်စု #- _____

သင်၏ အဓိက ဘာသာစကား သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်သည့် နည်းလမ်း- _____

အမည်- _____

တော်စပ်ပုံ- _____ ဖုန်း- _____

အမည်- _____

တော်စပ်ပုံ- _____ ဖုန်း- _____

အမည်- _____

တော်စပ်ပုံ- _____ ဖုန်း- _____

အမည်- _____

တော်စပ်ပုံ- _____ ဖုန်း- _____

ဘေးကင်းလုံခြုံရေးနှင့်ပတ်သက်သည့် သီးသန့် ညွှန်ကြားချက်များ၊ အကျပ်အတည်းအခြေအနေ အတွက် အစီအစဉ်များ သို့မဟုတ် တိုက်ရိုက်ဖုန်း #- _____

ထူးခြားသည့် ကျန်းမာရေးအခြေအနေများ၊ ကုသမှုပြုလုပ်ရာတွင် ကြိုတော့ရသည့် အခက်အခဲများ၊ ပုံမှန်မဟုတ်သော တွေ့ရှိချက်များ သို့မဟုတ် ဆေးကုသရေး သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးထောက်ကူပြု ကိရိယာပစ္စည်း (အမျိုးအစားနှင့် အရွယ်အစား)-

အဓိက ကျန်းမာရေးရှာဖွေစစ်ဆေးချက်- _____

အခြား ကျန်းမာရေးရှာဖွေစစ်ဆေးချက် သို့မဟုတ် အဓိက ထိခိုက်ဒဏ်ရာရရှိမှုများ ရှိပါသလား။ _____

ထူးခြားသည့် ကျန်းမာရေးအခြေအနေများ/မှတ်ချက်များ- _____

ဓာတ်မတည့်မှုများ (ဆေးဝါး၊ အစားအစာ၊ ပတ်ဝန်းကျင်၊ ထိတွေ့မှု သို့မဟုတ် အခြားတို့ ပါဝင်သည်။ ဖြစ်ပျက်ပုံကို ဖော်ပြပါ။)- _____

ပင်မ ဆရာဝန်၏ အမည်- _____

လိပ်စာ- _____

_____ ဖုန်း- _____

ဦးစားပေး ဆေးရုံ- _____

ဆေးဆိုင် အမည်- _____

လိပ်စာ- _____

_____ ဖုန်း- _____

အထူးကု ဆေးရုံ- _____

အခြား ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပံ့ပိုးသူများ (ဥပမာ၊ အထူးကုဆရာဝန်များ၊ သွားဆရာဝန်များ၊ ကုထုံးပညာရှင်များ၊ စသည်)

စောင့်ရှောက်မှုပံ့ပိုးသူ၏ အမည်- _____

အမျိုးအစား- _____ ဖုန်း- _____

စောင့်ရှောက်မှုပံ့ပိုးသူ၏ အမည်- _____

အမျိုးအစား- _____ ဖုန်း- _____

စောင့်ရှောက်မှုပံ့ပိုးသူ၏ အမည်- _____

အမျိုးအစား- _____ ဖုန်း- _____

ကုသဆေးဝါး၏ အမည် _____ တစ်ကြိမ်စာ ဆေးပမာဏ _____ အကြိမ်ရေ _____

နောက်ထပ် အချက်အလက်များ- _____

သင့်ဆရာဝန်နှင့်အတူ သင့်ဆေးကုသရေး အချက်အလက်များအကြောင်းကို ဆွေးနွေးပြောဆိုရန် ခွင့်ပြုထားသည့် မိသားစုဝင်များ၊ အုပ်ထိန်းသူများ သို့မဟုတ် အခြားသူများ။ (အကယ် 18 နှစ် သို့မဟုတ် အထက်ဖြစ်လျှင် ၎င်းတို့ကို သင့်ဆရာဝန်က သင့်အား ပေးသည့် HIPAA ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုပုံစံတွင် ထည့်သွင်းပါ။)

အမည်- _____

တော်စပ်ပုံ- _____ ဖုန်း- _____

အမည်- _____

တော်စပ်ပုံ- _____ ဖုန်း- _____

အမည်- _____

တော်စပ်ပုံ- _____ ဖုန်း- _____

H.I. Doc



သင့်ကတ်ကို အမြဲ အပ်ဒိတ်လုပ်ထားပါ။ ကတ်သစ်ရယူရန်အတွက်
NYS Department of Health (ကျန်းမာရေးဌာန) ဝဘ်ဆိုက်သို့ သွားပါ-
health.ny.gov/community/special_needs/#

ဤကတ်၏ ရည်ရွယ်ချက်မှာ မသန်စွမ်းမှုများရှိသည့် ကလေးများ၏ မိဘများနှင့် မသန်စွမ်းမှုများရှိသူများအား ၎င်းတို့၏ ကျန်းမာရေးနှင့် ဆေးကုသရေးအချက်အလက်များကို စုစည်းလုပ်ဆောင်ရာတွင် ကူညီရန်အတွက်ဖြစ်ပါသည်။