



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

# MGA SERBISYO SA KALUSUGAN

## Pakete sa Pagpaparehistro ng Pasyente

### Welcome sa Kodiak Area Native Association

Salamat sa pagpili sa KANA para sa iyong mga pangangailangang pangangalagang pangkalusugan at panlipunang serbisyo. Naghahatid kami ng pangangalagang nakasentro sa pasyente sa mga komunidad ng Kodiak Island bilang bahagi ng aming paniniwala na ang malulusog na tao ay naninirahan sa malulusog na komunidad.

Nagbibigay ang aming mga klinika ng pangangalagang pangkalusugan sa outpatient na kaayusan upang madagdagan ang pagiging naa-access at pagiging mura ng pangangalaga sa aming mga komunidad. Inihahatid ang mga serbisyo sa kalusugan sa pamamagitan ng mga pinagsama-samang pangkat para sa medikal na pangangalaga; kabilang dito ang iyong provider, mga nars, tagapamahala ng kaso, at mga tagapayo sa kalusugan ng pag-uugali. Ang iyong pinagsamang pangkat sa medikal na pangangalaga ay lubusang makikipagtulungan sa mga provider ng pangangalaga sa ngipin at ng kalusugan sa pag-uugali upang tiyaking natutugunan ang lahat ng iyong pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan at kagalingan.

#### **MGA KINAKAILANGAN SA PAGPAPAREHISTRO**

Upang mapaglingkuran ka sa pinakamahasag na paraan, hinihiling naming magpatala ka nang maaga sa iyong unang appointment: Maaaring makuha ang mga pakete ng pagpaparehistro sa alinmang lokasyon ng KANA at mayroon din nito online. Maaaring isumite ang mga kinumpletong pakete ng pagpaparehistro nang personal, sa pamamagitan ng koreo o liham, o pagpapadala sa email sa [registration@kodiakhealthcare.org](mailto:registration@kodiakhealthcare.org). Kung hindi makumpleto ang iyong pakete ng pagpaparehistro bago ang iyong unang appointment, mangyaring dumating nang 15 minuto nang mas maaga sa oras ng iyong nakaiskedyul na appointment.

Mangyaring maghandang magbigay ng kopya ng mga sumusunod na dokumento.

- State ID o Lisensya sa Pagmamaneho
- (Mga) Insurance Card
- DD214 upang magpatala sa Veterans Administration (kung naaangkop)
- Mga Medikal na Talaan (opsyonal)

Para sa higit pang tulong o katanungan, makipag-ugnayan sa aming tauhan sa pagpaparehistro sa 907-486-9870.

Ang aming misyon ay *“Itaas ang Kalidad ng Buhay ng mga Taong Aming Pinaglilingkuran.”*

3449 REZANOF DRIVE EAST KODIAK, AK 99615 | (907) 486-9800 | [WWW.KODIAKHEALTHCARE.ORG](http://WWW.KODIAKHEALTHCARE.ORG)

RESPETO | PAGBABAHAGI | PANGANGALAGA | DANGAL | KAGANDAHANG-LOOB



# KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

# MGA SERBISYO SA KALUSUGAN

Bagong Pasyente  I-update ang MRN:

## Seksyon 1: Mga Demograpiko ng Pasyente

<b>Apelyido</b>		<b>Pangalan</b>		<b>Gitnang Inisyal</b>	<b>Suffix</b>
<b>Kasarian sa Kapanganakan</b> <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae		<b>Social Security Number</b>			<b>Petsa ng Kapanganakan</b>
<b>Etnikong Pinagmulan</b> <input type="checkbox"/> Tumatangging Sabihin <input type="checkbox"/> Hispanic o Latino <input type="checkbox"/> Hindi Hispanic o Latino		<b>Lahi (Mangyaring lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop)</b> <input type="checkbox"/> Tumatangging Sabihin <input type="checkbox"/> American Indian o Alaska Native <input type="checkbox"/> Black o African American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Katutubong Taga-Hawaii <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Ibang Pasipikong Taga-isla			
<b>Mailing Address</b>			<b>Lungsod</b>	<b>Estado</b>	<b>Zip Code</b>
<b>Telepono sa Bahay</b>		<b>Cell Phone</b>		<b>Mas Gustong Telepono sa Pakikipag-ugnayan:</b> <input type="checkbox"/> Tahanan <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Iba pa:	
<b>Katayuan sa Pag-aasawa:</b> <input type="checkbox"/> Walang Asawa <input type="checkbox"/> May Asawa <input type="checkbox"/> Diborsyado <input type="checkbox"/> Balo <input type="checkbox"/> Hiwalay			<b>Katayuan ng Beterano:</b> <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<b>Walang Tahanan:</b> <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<b>Pampublikong Pabahay:</b> <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
<b>Pangunahing Wika:</b> <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Iba Pa:				<b>Kailangan ng Interpreter?</b> <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
<b>Email Address:</b>					

## Seksyon 2: Pagtatrabaho

**Katayuan ng Trabaho**  
 Aktibong Naglilingkod sa Militar;  May Kapansanan;  Full Time;  Part-Time;  Menor-de-edad;  Reserve National Guard;  Self Employed;  
 Estudyante;  Walang Trabaho;  Hindi Alam;  Tumatangging Sabihin;  Retirado – Petsa:

## Seksyon 3: Kita ng Sambahayan

*Sa pamamagitan ng pagbibigay impormasyon ng Kita ng Sambahayan, pahihintulutan nito ang KANA na isama ka sa pagsusuri para sa alternatibong mapagkukunan ng pagpopondo na makakatulong sa mga gastos na may kaugnayan sa pangangalagang pangkalusugan, pati na rin upang tulungan kaming matugunan ang mga inaatas ng pederal na gawad. Mangyaring bilugan ang bilang ng taong naninirahan sa iyong sambahayan at ang hanay ng kita ng iyong sambahayan sa parehong linya kung saan may bilog ang laki ng sambahayan.*

*\*Kabilang sa Mga Miyembro ng Samabahayan ang: Pasyente, asawa, nakarehistrong domestic partner (kinakasama), mga magulang, at/o anak.*

*\*Kabilang sa Taunang Kita ang: Kabuuang halagang kinita sa buong taon ng lahat ng indibidwal na bumubuo ng bilang ng sambahayan.*

Laki ng Sambahayan	Mas Mababa Sa	Sa Pagitan Ng	Sa Pagitan Ng	Sa Pagitan Ng	Higit Sa
1	\$15,600	\$15,601 - \$23,400	\$23,401 - \$27,300	\$27,301 - \$31,200	\$31,201
2	\$21,130	\$21,131 - \$31,695	\$31,696 - \$36,978	\$36,979 - \$42,260	\$42,261
3	\$26,660	\$26,661 - \$39,990	\$39,991 - \$46,655	\$46,656 - \$53,320	\$53,320
4	\$32,190	\$32,191 - \$48,285	\$48,286 - \$56,333	\$56,334 - \$64,380	\$64,381
5	\$37,720	\$37,721 - \$56,580	\$56,581 - \$66,010	\$66,011 - \$75,440	\$75,441
6	\$43,250	\$43,251 - \$64,875	\$64,876 - \$75,688	\$75,689 - \$86,500	\$86,501
7	\$48,780	\$48,781 - \$73,170	\$73,171 - \$85,365	\$85,366 - \$97,560	\$97,561
8	\$54,310	\$54,311 - \$81,465	\$81,466 - \$95,043	\$95,044 - \$108,620	\$108,621

Pinipili kong **TUMANGGI** na ibigay ang impormasyon ng kita ng sambahayan.

## Seksyon 4: Contact sa Oras ng Emergency

<b>Pangalan ng Contact sa Oras ng Emergency</b>	<b>Numero ng Contact sa Oras ng Emergency</b>	<b>Kaugnayan sa Contact sa Oras ng Emergency</b>
---	---	--

## Seksyon 5: Partidong May Pananagutang Pinansiyal

**Sino ang may pananagutang pinansiyal para sa mga serbisyo:**  Sarili (**laktawan**);  Magulang (kung ang pasyente ay wala pang 18 taong gulang);  Iba pa, mangyaring tukuyin:

<b>Apelyido</b>	<b>Pangalan</b>	<b>Petsa ng Kapanganakan</b>	<b>Kasarian</b> <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae	<b>Social Security Number</b>
<b>Mailing Address</b>	<b>Lungsod</b>	<b>Estado</b>	<b>Zip Code</b>	<b>Telepono</b>

## Seksyon 6: Medikal na Insurance

Pangunahing Medikal na Insurance	Numero ng Pangkat	Numero ng ID ng Miyembro	
Buong Pangalan ng Subscriber (kung hindi ang sarili)	Petsa ng Kapanganakan ng Subscriber	SSN ng Subscriber	Co-Payment
Sekundaryang Medikal na Insurance	Numero ng Pangkat	Numero ng Subscriber ID	
Buong Pangalan ng Subscriber	Petsa ng Kapanganakan ng Subscriber	SSN ng Subscriber	Co-Payment

## Seksyon 7: Insurance sa Ngipin

Pangunahing Insurance sa Ngipin	Numero ng Pangkat	Numero ng ID ng Miyembro	
Buong Pangalan ng Subscriber (kung hindi ang sarili)	Petsa ng Kapanganakan ng Subscriber	SSN ng Subscriber	Co-Payment
Sekundaryang Insurance sa Ngipin	Numero ng Pangkat	Numero ng Subscriber ID	
Buong Pangalan ng Subscriber	Petsa ng Kapanganakan ng Subscriber	SSN ng Subscriber	Co-Payment

## Seksyon 8: Sliding Fee Discount Program (Programa ng Diskuwentong Isinaayos na Bayarin)

Nag-aalok ang KANA ng Sliding Fee Discount Program para sa mga indibidwal at pamilya na walang insurance o hindi sapat ang insurance. Kabilang sa Sliding Fee Discount Program ang mga flat rate na halaga para sa mga serbisyo (medikal, dental, kalusugan ng pag-iisip) at tinutukoy ayon sa kakayahang magbayad ng indibidwal. Maaaring humiling ng kopya ng mga flat rate na halaga ng Sliding Fee Discount Program.

Mangyaring maglagay ng tsek dito kung ikaw ay interesado na matuto nang higit pa at/o kumumpleto ng aplikasyon

Mangyaring maglagay ng tsek dito kung ikaw ay HINDI interesado sa Sliding Fee Discount Program

## Seksyon 9: Karagdagang Impormasyon

Ang sumusunod na impormasyon ay **HINDI** kinakailangan upang makatanggap ng pangangalaga sa KANA. Kung hindi mo gustong ibigay ang impormasyong ito, mangyaring piliin ang **TUMANGGI**. Gayunpaman, dahil tumatanggap ng pederal na pagpopondo ang KANA, inaatas sa amin na itanong ang mga tanong na ito sa mga indibidwal na may edad na 18 taong gulang o higit pa; pati na rin na magbigay ng pagkakataong sumagot ang mga pasyente ng anumang edad.

**Kinikilalang Kasarian** (ang panloob na pagkadama ng kinikilalang kasarian/kasarian ng indibidwal)

- Tumatangging Sabihin  
 Lalaki  
 Babae  
 Transgender na Babae/Lalaking-naging-Babae  
 Transgender na Lalaki/Babaeng-naging-Lalaki  
 Iba Pa

**Seksuwal na Oryentasyon** (kung paano inilalarawan ng indibidwal ang kaniyang emosyonal at seksuwal na atraksiyon sa iba)

- Tumatangging Sabihin  
 Straight (Heteroseksuwal)  
 Gay/Lesbian (Homoseksuwal)  
 Biseksuwal  
 Iba pa  
 Hindi alam

## Seksyon 10: Pahintulot para Ilabas ang Impormasyon ng Pasyente (18 Taong Gulang at Higit Pa)

Hindi namin ibibigay ang iyong impormasyon sa sinuman maliban sa iyo maliban na lamang kung nakasulat ang (mga) pangalan niya (nila) sa ibaba at pinirmahan mo ito. Hindi kabilang sa paglabas ng impormasyong ito ang mga kahilingan para sa rekord para sa/mula sa ibang tanggapan ng doktor, kahilingan ng mga kompanya ng insurance o ibang panlabas na ahensiya; kailangan ng mga karagdagang form ng Pahintulot para Ilabas ang Impormasyon para sa mga layuning ito.

**Sa pamamagitan nito ay ibinibigay ko ang aking pahintulot na ilabas ng KANA ang mga sumusunod na impormasyon sa mga indibidwal na nakalista sa ibaba. Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Talakayin ang mga referral at appointment sa mga espesyalista | <input type="checkbox"/> Kunin o talakayin ang mga resulta ng test           |
| <input type="checkbox"/> Tiyakin o baguhin ang aking mga appointment                   | <input type="checkbox"/> Talakayin ang paggamot sa ngipin                    |
| <input type="checkbox"/> Talakayin ang mga inirereseta o mga gamot                     | <input type="checkbox"/> Talakayin ang impormasyon sa singilin at pagbabayad |

Pangalan \_\_\_\_\_ Kaugnayan \_\_\_\_\_

Pangalan \_\_\_\_\_ Kaugnayan \_\_\_\_\_

**O KAYA, Hindi ko pinapahintulatang ihayag ang anumang impormasyon tungkol sa akin sa kahit na sino:**

Pirma ng Pasyente /Tagapangalaga: \_\_\_\_\_



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

# MGA SERBISYO SA KALUSUGAN

## Seksyon 11: Mga Pagkilala

### Mangyaring Suriin at Lagyan ng Inisyal ang Mga Sumusunod:

#### PAHINTULOT SA PANGANGALAGA (CONSENT FOR CARE)

Sumasang-ayon ako sa plano ng pangangalaga na iminungkahi ng mga provider sa klinikang ito. Nauunawaan ko na ako, o ang aking awtorisadong kinatawan, ay may karapatan na magpasiya kung tatanggapin o tatanggihan ang planong ito ng pangangalaga. Magtatanong ako ng anumang impormasyon na nais kong magkaroon tungkol sa aking pangangalagang pangkalusugan at ipapaalam ang aking mga kagustuhan. Nauunawaan ko na lumalahok ang KANA sa pagsasanay ng mga doktor at iba pang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan at na sasabihan ako kapag ang mga nagsasanay ay nakikilahok sa pangangalaga sa akin.

#### ABISO NG PAGLALABAS PARA SA PAGBABAYAD (NOTIFICATION OF RELEASE FOR PAYMENT)

Nauunawaan ko na ipapaalam ng KANA ang anumang pag-diagnose at may kinalamang impormasyon sa lawak na kinakailangan upang matiyak ang pagbayad mula sa mga kumpanya ng insurance at alinmang may pananagutan na ikatlong partido na magbabayad. Nauunawaan ko na ang pagbubunyag na ito, maliban kung hayagang nilimitahan ko sa panulat, ay palalawigin sa lahat ng aspeto ng paggamot kabilang ang medikal, dental at kalusugan ng pag-uugali.

#### KASUNDUAN SA PINANSYAL (FINANCIAL AGREEMENT)

Nauunawaan ko na ang anumang angkop na mga co-payment, diskuwento sa isinaayos na bayarin, at/o mga nauugnay na singil ay dapat bayaran sa panahon ng serbisyo. Itinatalaga ko nang direkta ang kabayaran mula sa aking insurance patungo sa KANA. Nauunawaan ko na ako ay may pananagutang pinansyal sa KANA para sa mga singil na hindi binayaran ng insurance at ang kabayaran para sa mga singiling iyon ay dapat kong bayaran sa loob ng 30 araw mula sa matanggap ang aking bill. Nauunawaan ko na bilang karagdagan sa bayarin mula sa aking provider, maaari akong makatanggap ng hiwalay na bayarin mula sa laboratoryo, radiology at iba pang espesyal na serbisyo.

#### PROGRAMA NG ISINAAYOS NA DISKUWENTO SA BAYARIN (SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM)

Nauunawaan ko na nag-aalok ang KANA ng sliding fee discount program para sa mga karapat-dapat na indibidwal. Ipinaliwanag ang mga kategorya ng diskuwento sa akin at naniniwala ako na ang mga bayarin ay makatwiran. Binigyan ako ng pagkakataong mag-apply para sa programang ito.

#### ABISO NG MGA KASANAYAN SA PAGKAPRIBADO (NOTICE OF PRIVACY PRACTICES)

Kinikilala ko na ako ay inalok at sinuri ko ang Abiso ng Mga Pribadong Kasanayan ng KANA na inihanda para sa akin. Nauunawaan ko na maaari akong humingi ng kopya ng abisong ito anumang oras.

***Nabasa ko ang nasa itaas at nilagdaan ang aking pagpapahintulot at pagtanggap ng pinansyal na responsibilidad para sa mga serbisyo sa KANA. Kung mayroon akong tanong sa aking pagbisita o pananagutang pinansiyal, makikipag-ugnayan ako sa KANA para sa paglilinaw nito.***

Petsa: \_\_\_\_\_

Lagda ng Pasyente: \_\_\_\_\_

Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga: \_\_\_\_\_

#### OFFICE USE ONLY

Staff Initials \_\_\_\_\_

Patient MRN \_\_\_\_\_

Date Entered into EHR \_\_\_\_\_

Patient refused to sign

Communication barriers prohibited obtaining acknowledgement

An emergency situation prevented obtaining acknowledgement

Other: \_\_\_\_\_



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

# MGA SERBISYO SA KALUSUGAN

## Form ng Kasaysayan ng Bagong Pasyente

Mangyaring kumpletuhin ang mga sumusunod na impormasyon sa abot ng iyong kaalaman. Kumpidensiyal ang lahat ng impormasyon.

Buong Pangalan ng Pasyente: \_\_\_\_\_ Petsa ng Kapanganakan: \_\_\_\_\_ Petsa Ngayong Araw: \_\_\_\_\_

Dahilan ng Pagbisita Ngayong Araw: \_\_\_\_\_

Mga Nakaraang Pagpapaospital/Operasyon/Malubhang Karamdaman/Pangyayaring Nagdulot ng Trauma at ang mga petsa nito: \_\_\_\_\_

Personal na Medikal na Kasaysayan: (Mangyaring lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop)

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD  | <input type="checkbox"/> Crohn's Disease   | <input type="checkbox"/> Mataas na Antas ng Kolesterol   | <input type="checkbox"/> Psoriasis  |
| <input type="checkbox"/> Alkoholismo   | <input type="checkbox"/> COPD/Emphysema  | <input type="checkbox"/> Mga Bato sa Bato (Kidney)   | <input type="checkbox"/> Bara sa Arterya sa Baga (Pulmonary Embolism, PE)                   |
| <input type="checkbox"/> Mga Allergy, Pana-panahon   | <input type="checkbox"/> Dementia  | <input type="checkbox"/> Sakit sa Bato (Kidney)  | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever  |
| <input type="checkbox"/> Anemya  | <input type="checkbox"/> Depresyon   | <input type="checkbox"/> HIV   | <input type="checkbox"/> Rheumatoid Arthritis   |
| <input type="checkbox"/> Pagkabalisa (Anxiety)   | <input type="checkbox"/> Diyabetes   | Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C               | <input type="checkbox"/> Mga Karamdaman sa Pandama (Sensory Disorder)                       |
| <input type="checkbox"/> Arrhythmia (iregular na tibok ng puso)                              | <input type="checkbox"/> Diverticulitis  | <input type="checkbox"/> Irritable Bowel Syndrome (Grupo ng mga Sintomas ng Sakit sa Bituka)             | <input type="checkbox"/> Seizure Disorder   |
| <input type="checkbox"/> Arthritis   | <input type="checkbox"/> Down Syndrome   | <input type="checkbox"/> Lupus   | <input type="checkbox"/> Sleep Apnea (Paulit-ulit na paghinto ng paghinga habang natutulog) |
| <input type="checkbox"/> Artipisyal na Kasukasuan (Joint)                                    | <input type="checkbox"/> DVT (Pamumuo ng Dugo)   | <input type="checkbox"/> Sakit sa Atay   | <input type="checkbox"/> Stroke   |
| <input type="checkbox"/> Hika  | <input type="checkbox"/> GERD (Acid Reflux o Pag-atras ng Asido ng Tiyan Pabalik sa Esopago) | <input type="checkbox"/> Macular Degeneration (Pagkasira ng Macula)                                      | <input type="checkbox"/> Sakit sa Thyroid   |
| <input type="checkbox"/> Autism  | <input type="checkbox"/> Glaucoma  | <input type="checkbox"/> Neuropathy  | <input type="checkbox"/> Ulcerative Colitis   |
| <input type="checkbox"/> Bipolar   | <input type="checkbox"/> Sakit sa Puso   | <input type="checkbox"/> Osteopenia/Osteoporosis   | <input type="checkbox"/> Wala sa mga ito  |
| <input type="checkbox"/> Mga Problema sa Pantog/Kawalan ng Kontrol sa Pag-ihing at/o Pagdumi | <input type="checkbox"/> Murmur sa Puso (Heart Murmur) o Balbula ng Puso (Heart Valve)       | <input type="checkbox"/> Parkinson's Disease   | <input type="checkbox"/> Iba pa: _____  |
| <input type="checkbox"/> Mga Problema sa Pagdurugo   | <input type="checkbox"/> Atake sa Puso (Myocardial Infarction, MI)                           | <input type="checkbox"/> Pacemaker   |   |
| <input type="checkbox"/> Pagsasalin ng Dugo  | <input type="checkbox"/> Hiatal Hernia   | <input type="checkbox"/> Peripheral Vascular Disease (Limitadong Daloy ng Dugo sa mga Bahagi ng Katawan) |   |
| <input type="checkbox"/> Kanser: _____   | <input type="checkbox"/> Mataas na Presyon ng Dugo   | <input type="checkbox"/> Peptic Ulcer  |   |

Colonoscopy    Petsa: \_\_\_\_\_    Normal/ Abnormal    Dexta (Densidad ng Buto)    Petsa: \_\_\_\_\_    Normal/ Abnormal  
Mammogram    Petsa: \_\_\_\_\_    Normal/ Abnormal    Pap    Petsa: \_\_\_\_\_    Normal/ Abnormal

Mangyaring ilista ang anumang sakit na namamana sa iyong pamilya (mga magulang, kapatid, lolo/lola)

Mayroon ka bang allergy sa anumang gamot? Kung mayroon, mangyaring ilista.

Ano ang mga inireresetang gamot na iniinom/ginagamit mo? (Bisphosphonates, Nitroglycerin, atbp.)

Ano ang iba pang mga gamot na iniinom/ginagamit mo? (Mga inhaler, bitamina, halamang-gamot, suplemento, over the counter)

## Karagdagang Impormasyon Tungkol sa Iyo

- Gumagamit ka ba ng tabako/mga vape?  Oo  Hindi Ano'ng uri? Gaano karami kada araw? \_\_\_\_\_
- Umiinom ka ba ng alak?  Oo  Hindi Gaano kadalas? Gaano karami? \_\_\_\_\_
- Gumagamit ka ba ng marijuana?  Oo  Hindi Gaano kadalas? Gaano karami? \_\_\_\_\_
- Naranasan mo na bang gumamit ng ibang droga (hal. hindi inireseta, mga opioid, meth, heroin, atbp.)?  Oo  Hindi Ano'ng uri? Gaano karami kada araw? \_\_\_\_\_

## Sabihin sa amin ang tungkol sa iyong karaniwang pag-eehersisyo o pisikal na aktibidad:

### Kasarian

- Tumatangging Sabihin  Lalaki  Babae  Transgender na Babae/Lalaking-naging-Babae  Transgender na Lalaki/Babaeng-naging-Lalaki  Iba Pa

### Seksuwal na Oryentasyon

- Tumatangging Sabihin  Heteroseksuwal (Straight)  Homoseksuwal (Gay/Lesbian)  Biseksuwal  Hindi Alam  Iba pa

**Antas ng Edukasyon:**  Elementary  High School  Vocational  College  Graduate / Professional

**Mayroon bang mga problema sa iyong paningin na nakakaapekto sa iyong komunikasyon?**  Mayroon  Wala

**Mayroon bang mga problema sa iyong pandinig na nakakaapekto sa iyong komunikasyon?**  Mayroon  Wala

**Mayroon bang alinmang limitasyon sa pag-unawa o pagsunod sa mga tagubilin (pasulat o pasalita)?**  Mayroon  Wala

### Kasalukuyang Kondisyon ng Pamumuhay (Mangyaring lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop):

- Sambahayang may Isang Pamilya  Sambahayang Maramihang Henerasyon  Walang Tahanan  Shelter  Pasilidad para sa Dalubhasang Pangangalaga (Skilled Nursing Facility)  Iba pa: \_\_\_\_\_

### Mga Kamakailang Medikal na Sintomas: (Mangyaring lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop)

#### Mga Pangkalahatang Sintomas

- Walang problema sa timbang/lagnat/ pagkapagod  
 Kamakailang pagbabago sa timbang: \_\_\_\_\_  
 Lagnat  
 Pagkapagod/Mababang enerhiya

#### Mga Mata

- Walang problema sa mga mata  
 Sakit o pinsala sa mata  
 Nagsusuot ng salamin  
 Nagsusuot ng mga contact lens  
 Malabong mata

#### Tainga/Ilong/Lalamunan/Bibig

- Walang problema sa tainga/ilong/lalamunan/bibig  
 Kawalan ng pandinig  
 Sakit sa tainga  
 Presyon sa sinus  
 Nagdurugong gilagid/pagduruo ng ilong  
 Paghilik  
 Pananakit ng Panga/Bibig/Ngipin  
Antas ng Pananakit (1-10): \_\_\_\_\_

#### Mga Baga/Paghinga

- Walang problema sa mga baga/paghinga  
 Ubo  
 Pangangapos ng hininga  
 Paghigingasing (wheezing)/hika  
 Pag-ubo nang may kasamang dugo

#### Puso/Pagdaloy ng dugo

- Walang problema sa puso  
 Sakit o kawalan ng kaginhawaan sa dibdib  
 Pangangapos ng hininga  
 Pakiramdam na magaan ang ulo/pagkawala ng malay  
 Mabilis na pagtibok ng puso (mga palpasyon)

#### Tiyan/Pagtunaw ng Pagkain o Dihestiyon

- Walang problema sa tiyan/pagtunaw ng pagkain  
 Pagkaduwal o pagsusuka  
 Sakit sa tiyan  
 Pagbabago sa mga gawi sa pagdurumi  
 Hirap na dumumi  
 Dumina na mas malamot kumpara sa normal o diarrhea  
 Mapulang dugo sa pagdurumi  
 Heartburn (Sinisikmura)

#### Mga Buto/Kalamnan/Kasukasuan

- Walang problema sa mga buto/kalamnan/kasukasuan  
 Pananakit ng kalamnan  
 Pananakit ng kasukasuan  
 Pamamaga ng kasukasuan  
 Kahirapan sa paglalakad  
 Osteoporosis

Petsa ng pag-scan ng buto: \_\_\_\_\_

#### Utak o Isip/Mga Emosyon/Mga Nerbiyo

- Walang problema sa utak/mga emosyon/mga nerbiyo  
 Mga pananakit ng ulo  
 Mga hindi boluntaryong panginig ng bahagi ng katawan  
 Pagkamanhid o panginigil (parang nakakaliling pakiramdam)  
 Depresyon  
 Pagkabalisa (Anxiety)/Pagkadama ng nerbiyos  
 Pag-abuso/pagpapabaya  
 Kahirapang matulog  
 Pagkawala ng balanse  
 Pagkawala ng memorya  
 Pagkahilo o pakiramdam na magaan ang ulo

#### Ihi/Seksuwal

- Walang problema sa ihi/pakikipagtalik  
 Masakit na pakiramdam tuwing umiihi  
 Dugo sa ihi  
 Pagbabago sa ihi  
 Kawalan ng ihi  
 Kahirapan sa pakikipagtalik

#### Lalaki

- Walang problema sa mga testicle (bayag)  
 Pananakit ng testicle (bayag)  
 Pag-ihing sa gabi

#### Babae

- Walang problema sa lumalabas na likido (discharge)/pangangati sa puwerta (vagina)  
 Paglabas ng likido (discharge) o pangangati sa puwerta  
 Mga problema sa suso

Petsa ng huling panahon ng pagkakaroon ng regla:

Ang mga panahon ng pagkakaroon ng regla ay:

- Regular  
 Iregular  
 Menopos

Haba ng Panahon kapag may Regla: \_\_\_\_\_ bilang ng mga araw  
Buwanang Siklo: \_\_\_\_\_ bilang ng mga araw  
Bilang ng pagbubuntis: \_\_\_\_\_  
Bilang ng buhay na panganganak: \_\_\_\_\_

#### Balat/Dibdib/Sistema ng Imunidad

- Walang problema sa balat/dibdib/sistema ng imunidad  
 Makating butlig sa balat o mga sugat  
 Pagbabago sa nunal