



Preeti/Hindi

METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER

निर्देशन: Instructions:

डालास काउण्टी र उतर टेक्सास सुसान जि.कोमेन उपचार क्यान्सर रोकथाम र खांज तथा अनुसन्धान कन्द्र टक्सासका आर्थिक सहयोगमा र हाम्रो समुदायलाई सेवा गर्ने दृढताको रूपमा मैथडिस्ट रिचार्डसन मैडिकल सेन्टर अन्तर्गत महिला स्वस्थ्य केन्द्रले आर्थिक तथा स्वस्थ्य ठीक नभएकाहरुलाई आर्थिक सहयोग प्रयाउन केहि आवश्यकताहरु पूरा गर्न चाहन्छ। As part of the grants funding provided and our commitment to serve the community, Methodist Richardson Medical Center, Center for Women's Health elects to provide financial assistance to individuals who are financially indigent or medically indigent and satisfy certain requirements.

कुनै पनि व्यक्ति यो निशुल्क स्तन जांचका लागि योग्य छ कि छैन भन्ने कुरा निर्धारण गर्नलाई हामीलाई तपाईंहरुले केहि व्यक्तिगत जानकारी दिनु पर्ने हुन्छ। सोका लागि यो निवेदन पूरा भरि तल दिएको ठेगानामा पठाउनु पर्ने छ।

To determine if a person qualifies for a free mammogram screening, we need to obtain certain information as outlined within this application. Please complete the application in full and return the completed form to the Registration Representative or mail completed form to the following address:

Methodist Richardson Medical Center
2831 E. President George Bush Turnpike
Richardson, TX 75082
Attn: Women's Imaging/Asian Grant

तपाईंले पठाएको निवेदन पाइसकेपछि हामी त्यसलाई प्रमाणित तथा अनुमोदित गर्नेछौं र तपाईंलाई भेट गर्ने समय दिने छौं। जानकारीको लागि यो नम्बरमा सम्पर्क गर्नसक्नु हुनेछ। ९७२.४९६.६६०९।

Upon receipt, verification, and approval of this application, you will be notified of your appointment time.

If you have questions, please call (469) 204-6888. Fax: (469) 204-6886.

कृपया तलदिएका प्रश्नहरुको अंग्रेजीमा उतर दिनुहोस। Please answer the following questions in English:

अन्तिमनाम (थर) Last Name पहिलो नाम First Name

राष्ट्रियता Nationality पहिलोभाषा Primary language spoken

कुलपरिवारसंख्या Total number of people living in your household

धरको आम्दानी Total household income

साप्ताहिक per week मासिक per month वार्षिक per year

के तपाईं स्थायी निवासी हुनुहुन्छ? Are you a permanent resident? हो Yes होइन No डालास, कोलिन अथवा तारान्त काउण्टीमा बसोबास गरिएको हुनुपर्छ (Must live in Collin or Denton County)

के तपाईंको स्वास्थ्य विमा छ? Do you have Health Insurance? छ Yes छैन No यदि छ भने कार्डको अधिपछि यो फारम संग पठाउनु होस् If yes, please mail a copy of card (front and back) with this application form

के तपाईंको मेडिकेयर दोशो भाग हो? Do you have Medicare/Part B? हो Yes होइन No

के तपाईंको मेडिकेड छ? Do you have Medicaid? छ Yes छैन No

निशुल्क स्तन जांचका लागि तल उल्लेखित शर्तहरु पूरा हुनु पर्ने छ।

- १. डालास, कोलीन, डेनटन, अथवा तारान्त काउण्टीमा बसोबास गर्दै आएको हुनुपर्नेछ।
२. एशियाबाट आएको महिला हुनु पर्ने छ
३. चालिस अथवा बढी उमेरको हुनु पर्नेछ
४. स्तनमा कुनै गांठो, मासुको डल्लो वा अरु कुनै असामान्य समस्या
५. पुरानो स्तन रोग भएका व्यक्तिले निम्न कुराहरु पूरा गर्नु पर्ने छ
o स्तनको सर्जरी जांच वा सुई आकांक्षा गरिएको एकबर्षपुगेको हुनुपर्छ
o स्तनबाट ट्यूमर निकाल्नका लागि गरिएको उपचार भएको कम्तिमा २ वर्ष पुगेको हुनुपर्नेछ

**P A T I E N T P R E - R E G I S T R A T I O N F O R M**

कृपया तलदिएका प्रश्नहरूको अंग्रेजीमा उत्तर दिनुहोस (Complete in English)

**निवेदकको जानकारी Applicant's information**

अन्तिमनाम (थर) LAST NAME \_\_\_\_\_ पहिलो नाम FIRST NAME \_\_\_\_\_ उमेर AGE \_\_\_\_\_

 जन्ममिति \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ वैवाहिक अवस्था \_\_\_\_\_ जन्मस्थान \_\_\_\_\_ जाति \_\_\_\_\_  
 DATE OF BIRTH (महिना/मिति/बंस) MARITAL STATUS BIRTHPLACE RACE

घरको ठेगाना HOME ADDRESS \_\_\_\_\_ कोठा नं APARTMENT NUMBER \_\_\_\_\_

शहर CITY \_\_\_\_\_ राज्य STATE \_\_\_\_\_ जिल्लाको कोड ZIP \_\_\_\_\_

 घरको सम्पर्क नम्बर \_\_\_\_\_ सेल नम्बर \_\_\_\_\_ कामको नम्बर \_\_\_\_\_  
 HOMEPHONE (\_\_\_\_\_) CELLPHONE (\_\_\_\_\_) WORKPHONE (\_\_\_\_\_)

कम्पनीको नाम EMPLOYER'S NAME \_\_\_\_\_

ठेगाना ADDRESS \_\_\_\_\_ शहर CITY \_\_\_\_\_ राज्य STATE \_\_\_\_\_ जिल्लाको कोड ZIP \_\_\_\_\_

सोसेलन SOCIAL SECURITY NUMBER \_\_\_\_\_ पेशा OCCUPATION \_\_\_\_\_

**जानकारी Spouse Information**

श्रीमान SPOUSE NAME \_\_\_\_\_ सोसेलन SOCIAL SECURITY NUMBER \_\_\_\_\_

 जन्ममिति \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ पेशा OCCUPATION \_\_\_\_\_  
 DATE OF BIRTH (महिना/मिति/बंस)

कम्पनीको नाम EMPLOYER'S NAME \_\_\_\_\_ कामको नम्बर WORKPHONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ठेगाना ADDRESS \_\_\_\_\_

 आपतकालानि संपर्क व्यक्ति \_\_\_\_\_ नाता \_\_\_\_\_  
 IN CASE OF EMERGENCY NOTIFY RELATIONSHIP

ठेगाना ADDRESS \_\_\_\_\_ सम्पर्क नं. CELL PHONE/CONTACT NUMBER (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

प्राथमिक डाक्टर PRIMARY CARE PHYSICIAN \_\_\_\_\_ फोन PHONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ठेगाना ADDRESS \_\_\_\_\_

कृपया सबै व्यक्ति र घरका नम्बरहरू लेख्नु होला त्यो संग तपाईंको समस्याको नतिजा सुनाउन सकिन्छ। तपाईंको निम्ति

बोलिदिने व्यक्तिले अंग्रेजी बोल्न जानेको हनूपने छ।

Please list all persons and home numbers whom you would like us to share your results with. Please make sure at least one of them can speak English on your behalf.

 श्रीमान SPOUSE  छोराछोरी CHILDREN  परिवारका अरु सदस्यहरू(दाजु,दिदी,काका,काकी) OTHER FAMILY (BROTHER, SISTER, AUNT, UNCLE)

 अरु कोही OTHER (FRIEND) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ फोन PHONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

माथि दिएको जानकारी जानी बुझी म मेथोडिस्ट रिचार्डसन मेडिकल सेन्टरलाई मेरो आर्थिक अवस्था जांच्न अनुमति दिदैं र मैले मेरो रोजगार दातालाई संग आदेश दिन्छु साथै क्रेडिट रिपोर्टिङ. संस्थासंग मेरो बारेमा रिपोर्ट माग्न सकेन छ। मैले बुझेको छु कि यो जानकारी मलाई आर्थिक सहयोग पुर्याउन योग्य बनाउनका लागि प्रयोग हुनेछ। अस्पताल माथी उल्लेखित स्रोतहरूसंग बुझी मेरो जानकारी कुनै पनि समयमा ठीक रहेको चाहान्छु। कुनै तथ्य भुटो ठरिएमा मैले पाउने आर्थिक सहयोग अस्वीकार्न सक्छु।

I understand Methodist Richardson Medical Center may verify the financial information contained in this application in connection with Hospital's evaluation of this application, and hereby authorize the hospital to contact my employer to certify the information provided and request reports from credit reporting agencies. I am aware that this information is used to determine my eligibility for financial assistance and that the hospital may contact these sources to update this information at any time. I am aware that the falsification of information on this Application will result in denial of financial assistance.

विरामीको हस्ताक्षर Patient (or Responsible Party) Signature \_\_\_\_\_ | मिति Date \_\_\_\_\_

# METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER

2831 E. President George Bush Turnpike

Richardson, TX 75082

Fax: (469) 204-6886

## मेमोग्राफी विरामीलाई सोधिने प्रश्न MAMMOGRAPHY PATIENT QUESTIONNAIRE सबै उतरहरू गोप्य रहनेछन्। कृपया हो या होइन भनि सबै प्रश्नको उतर दिनुहोला।

All replies are confidential. Please circle YES or NO and answer ALL questions.

आजको मिति TODAY'S DATE: \_\_\_\_\_

PATIENT IDENTIFIER NUMBER: \_\_\_\_\_

अन्तिमनाम (थर) LAST NAME	पहिलो नाम FIRST NAME	जन्ममिति DATE OF BIRTH	उमेर YOUR AGE
ठेगाना (तपाइलाई पुग्न सकिने ठेगाना लेख्नुहोस्) ADDRESS (Please list an address where mail will always reach you) CITY, STATE, ZIP			
फोन PHONE: (Please list a number where the doctor can always reach you)			
घर Home:	सेल Cell:	काम Work:	
प्राथमिक उपचार कर्ता PRIMARY REFERRING PHYSICIAN:	फोन PHONE:	दोस्रो उपचारकर्ता फोन 2ND REFERRING PHYSICIAN:	फोन PHONE:

एउटा उतरलाई गोली गर्नुहोस्। Circle one

हो YES होइन NO तपाईंले मेमोग्राम अथवा स्तनको उल्टा सज्जड गराउनु भएको छ? यदि थियो भने मिति लेख्नुहोस् \_\_\_\_\_ तपाईंले कहाँ र कसैका सौलियतमा गराउनु भयो?  
Have you had a mammogram or breast ultrasound before? If YES, when (approximate date)? \_\_\_\_\_ Where and at which facility: \_\_\_\_\_

तपाईंका अल्ट्रासाउण्डका फिल्म अझै छन छैन छैन  
Are your films still there? YES NO पछिल्लो स्तन जाँच गरेको मिति  
Last breast exam by physician was \_\_\_\_\_

हो YES होइन NO तपाईंले मेमोग्राम गरे यता तपाईंका स्तनमा नयाँ गाँठा छन्? यदि छैन भने पहिला कहिले थाहा पाउनु भयो यदि छ भने कुन स्तनमा दायाँ वाया वा दुवैमा  
Since your last mammogram, are there any new lumps in your breasts? If YES when was it first noted: \_\_\_\_\_ If YES, in which breast: Right Left Both

तपाईंको उपचारकर्तालाई तपाईंका स्तनमा गाँठा भएको थाहा छ? Is your physician aware of the lump(s)? छ YES छैन NO

छ YES छैन NO के स्तनमा असजिलो दुखेको या पोलेको छ यदि छ भने कुन स्तनमा दायाँ वाया वा दुवैमा  
Any discomfort, pain or soreness? If YES, in which breasts: Right Left Both

यो के नयाँ रोग हो? Is this a new problem? हो YES होइन NO यो कति लामो भयो दुख थालेको? How long have you had this pain?

छ YES छैन NO के कुनै पनि स्तनको टुप्पो असमान्य छ? छ भने कुन दायाँ वाया वा दुवैमा के सधैं यस्तै हुँदै आएको छ? छ छैन  
Is either nipple retracted/inverted? If YES, in which breast: Right Left Both Has it always been retracted? YES NO

के स्तनको टुप्पोमा खटिरा छ? Any crusting sores at the nipple(s)? दायाँ Right वाया Left वा दुवैमा Both

छ YES छैन NO के स्तनबाट दूध पानी वा अरु कुनै निस्कन्छ? निस्कन्छ भने कुन स्तनबाट? दायाँ वाया वा दुवैमा  
Any discharge from the nipples? If YES, in which breast: Right Left Both

के यस्तो पदार्थ पहिले देखि नै निस्कदै आएको छ? छ छैन के तपाईंको कपडामा लागेको देख्नु हुन्छ? देख्छु देखिन  
Have you always had this discharge? YES NO Do you see it in your clothing? YES NO

के त्यो स्तनबाट निस्कने पदार्थ कहिल्यै रगत जस्तो आएको छ? Has the discharge ever been bloody? छ YES छैन NO

छ YES छैन NO के तपाइलाई स्तन क्यान्सर भएको छ? छ भने कुन स्तनमा? दायाँ वाया वा दुवैमा कहिले कुन सालमा स्तन क्यान्सर भएको थाहा भएको छ?  
Have you had a breast cancer? If YES, in which breast? Right Left Both What year was CA diagnosed \_\_\_\_\_

के स्तनको रेडिएसन भएको छ? छ छैन सम्पूर्ण स्तन शरीरबाट निकालिएको अवस्था? छ छैन तपाइको उपचार कहिले सकियो?  
Did you have Radiation? YES NO Mastectomy? YES NO When did you complete treatment? \_\_\_\_\_

छ YES छैन NO तपाइको स्तनको सर्जरी जाँच वा सुई आकांक्षा गरिएको छ? अनुमानित मिति यदि छ भने कुन स्तनमा? दायाँ वाया वा दुवैमा  
Have you had previous breast surgery, biopsy or a needle aspiration? Approximate date (s): \_\_\_\_\_ If YES, in which breast: Right Left Both

स्तनले के लक्षण देखाएको छ? What symptoms do you have? \_\_\_\_\_

छ YES छैन NO तपाइको स्तन अहिले प्रत्यारोपण गरिएको छ वा कुनसमयमा गरिएको थियो? कहिले?  
Do you have breast implants now or have you had any augmentations in the past? When? \_\_\_\_\_

छ YES छैन NO स्तन क्यान्सर परिवारमा कसैको कहिले भएको थियो वा छ? रजस्वला हुन छोडनु भन्दा अगाडि भएको थियो? थियो थिएन (उमेर?)  
Any family history of breast cancer? Did it occur before menopause? YES NO (or about what age?) \_\_\_\_\_

कस्को? In which relative(s)? आमा Mother दिदी/ बहिनी Sister छोरी Daughter अरु Other \_\_\_\_\_

छ YES छैन NO के तपाइ अहिले महिला हार्मोन सेवन गर्नुहुन्छ? (गोली लगाउनु होला): प्रिमेरिन, प्रोभेरा, प्रेमप्रो, प्रोभेटियम वा अरु गर्भनिरोधक गोली?  
Do you take female hormones? (Please circle) Premarin, Provera, PremPro, Prometrium, or birth-control pills?

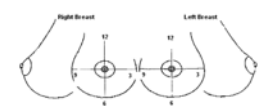
माथि उल्लेखित मध्ये कुनै पनि लिनु हुन्छ भने कति भो शुरु गर्नु भएको? गर्भनिरोधक साधन प्रयोग गरेको मात्रा बढ्यो वा घट्यो?  
If YES, for how long? Recent increase or decrease (please circle) in the dosage? बढ्यो increase घट्यो decrease

छ YES छैन NO तपाइ अहिले गर्भवति हुनुहुन्छ? Are you pregnant at this time?

गर्भधारण गरेको जम्मा संख्या तपाइले आफना बच्चाहरूलाई जन्मेको एक महिनाभन्दा बढि स्तन पान गराउनु भयो? गराएँ गराइन  
Number of Pregnancies? Did you breast feed any of your children for longer than one month? YES NO

तपाइ पहिलो चोटी कुन उमेरमा गर्भवति हुनुभयो? तपाइको अहिले पनि महिनामारी हुन्छ? हुन्छ हुँदैन हुन्छ भने सबभन्दा अन्तिमको कहिले भएको थियो?  
At what age was your first pregnancy? Do you still have menstrual periods? YES NO If YES, when was your last one? \_\_\_\_\_

TECHNOLOGIST: \_\_\_\_\_  
COMMENTS: \_\_\_\_\_



म मेरो पुराना मेमोग्रामका नक्सा तथा रिपोर्ट मेथोडिस्ट रिचार्डसन मेडिकल सेन्टर अथवा महिला स्वस्थ केन्द्रलाई खुलासा गर्न अधिकार दिन्छु।  
I AUTHORIZE THE RELEASE OF MY PREVIOUS MAMMOGRAM FILMS AND OTHER REPORTS (INCLUDING PATHOLOGY REPORTS) TO METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER/ CFWH.

विरामीको वा उसले अधिकार दिएको मानिसको हस्ताक्षर SIGNATURE OF PATIENT OR PERSON AUTHORIZED TO CONSENT FOR PATIENT \_\_\_\_\_ मिति DATE \_\_\_\_\_