

میڈیٹسٹ رچرڈسن میڈیکل سینٹر
METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER

Instructions: ہدایات:

علاج معالجے کے لیے امداد جو کہ ڈیلاس کاؤنٹی اور شمالی ٹیکساس کی طرف سے بذریعہ منسلکہ سوزان جی کوئین، اور معاشرے کی خدمت کے لیے ہمارا عہدہ، اسی سلسلے میں مہنڈ اسٹریٹ رچرڈسن میڈیکل سینٹر سینٹر برائے صحت نسواں ایسے افراد کو مالی امداد کی فراہمی کے لیے منتخب کرنا چاہتا ہے جو کہ مالی مدد اور اور طبی امداد کے مستحق ہیں اور اس سلسلے میں کچھ مخصوص لائحہ عمل پر پورا اترتے ہیں۔

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.

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

اطلاع: سینٹر برائے صحت نسواں/ایشیائی امداد اس درخواست کے وصول، تصدیق اور منظور ہونے کے بعد آپ کو ملاقات کے وقت بارے مطلع کیا جائے گا۔

اگر آپ کچھ پوچھنا چاہتے ہیں تو برائے مہربانی اس نمبر پر رابطہ کریں۔ (469) 204-6888

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.

برائے مہربانی مندرجہ ذیل سوالات کا جواب دیجئے۔ Please answer the following questions in English:

نام کا پہلا حصہ First Name _____ نام کا آخری حصہ Last Name _____

بنیادی بولے جانی والی زبانی Primary language spoken _____ قومیت: Nationality _____

گھر میں رہنے والے نکل افراد کی تعداد Total number of people living in your household _____

گھر کی آمدنی Total household income _____

per week ایک ہفتے کی per month ایک مہینے کی per year ایک سال کی

کیا آپ مستقل رہائشی ہیں؟ Are you a permanent resident? ہاں Yes نہیں No (ڈیلاس، کولن یا ڈینٹن میں لازمی سکونت رکھتے ہیں) (Must live in Collin, or Denton County)

کیا آپ کی ہیلتھ انشورنس ہے؟ Do you have Health Insurance? ہاں Yes نہیں No اگر ہاں تو برائے مہربانی انشورنس کی کاپی (سامنے اور پیچھے) سے اس فائل کے ساتھ میل کریجئے۔ If yes, please mail a copy of card (front and back) with this application form

کیا آپ کے پاس طبی سہولت/حصہ بی ہے؟ Do you have Medicare/Part B? ہاں Yes نہیں No

کیا آپ کو طبی امداد کی سہولت حاصل ہے؟ Do you have Medicaid? ہاں Yes نہیں No

مندرجہ ذیل لائحہ عمل پر پورا اترنا ضروری ہے مفت میموگرام اس کرینگ کی سہولت حاصل کرنے کیلئے۔

☆ ڈیلاس، کولن یا ڈینٹن کاؤنٹی کا رہائشی ہونا۔

☆ عورت یا ایبٹین نسل سے تعلق ہونا۔

☆ عمر چالیس سال یا زائد

☆ چھاتی میں کسی قسم کی سوجن و خیر یا کوئی باتا دہی نہ محسوس ہوتی ہو۔

☆ ایسے افراد کو جو کہ چھاتی میں ماضی میں مشکلات کا سامنا کر چکے ہیں۔ وہ مندرجہ ذیل لائحہ عمل پر ضرور پورے اتریں۔

☆ لازمی ایک سال کی مدت سے بھرت بائیوسپی

☆ لازمی دو سال کی مدت سے کارکی نوما کی پیکٹومی اور اختتام علاج یا سالانہ اسکریننگ سے برخاست

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
مریض کی ابتدائی رجسٹریشن کے لیے فارم (Complete in English)
Applicant's information درخواست دہندہ کی معلومات

نام کا آخری حصہ LAST NAME _____ نام کا پہلا حصہ FIRST NAME _____ عمر AGE _____

تاریخ پیدائش DATE OF BIRTH (____/____/____) ازدواجی حیثیت MARITAL STATUS _____ مقام پیدائش BIRTHPLACE _____ نسل RACE _____

گھر کا پتہ HOME ADDRESS _____ مکان نمبر APARTMENT NUMBER _____

شہر CITY _____ ریاست STATE _____ پوسٹل/ایریا کوڈ ZIP _____

گھر کا فون نمبر HOMEPHONE (____) _____ موبائل نمبر CELLPHONE (____) _____ ملازمت کا فون نمبر WORKPHONE (____) _____

ملازمت/کمپنی کا نام EMPLOYER'S NAME _____

پتہ ADDRESS _____ شہر CITY _____ ریاست STATE _____ پوسٹل/ایریا کوڈ ZIP _____

سوشل سیکورٹی نمبر SOCIAL SECURITY NUMBER _____ پیشہ OCCUPATION _____

Spouse Information خاوند/بیوی کے متعلق معلومات

خاوند/بیوی کا نام SPOUSE NAME _____ سوشل سیکورٹی نمبر SOCIAL SECURITY NUMBER _____

تاریخ پیدائش DATE OF BIRTH (____/____/____) پیشہ OCCUPATION _____

ملازمت/کمپنی کا نام EMPLOYER'S NAME _____ ملازمت کا فون نمبر WORKPHONE (____) _____

پتہ ADDRESS _____

ناگہانی کی صورت میں مطلع کریں۔ IN CASE OF EMERGENCY NOTIFY _____ رشتہ RELATIONSHIP _____

پتہ ADDRESS _____ موبائل فون/رابطے کا نمبر CELL PHONE/CONTACT NUMBER (____) _____

طبی معالج PRIMARY CARE PHYSICIAN _____ فون نمبر PHONE (____) _____

پتہ ADDRESS _____

 برائے ان تمام افراد کے نام اور رہائش کا فون نمبر لکھئے جن کے ساتھ آپ چاہتے ہیں کہ ہم آپ کے نتائج پر گفتگو کریں۔ برائے مہربانی اس بات کا خیال رکھیں کہ ان میں سے ایک فرد انگلش بول سکتا ہو آپ کی نمائندگی کے لیے۔
 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.

 خاوند SPOUSE بیوی بچے CHILDREN گھر کے دوسرے افراد (بھائی، چچا، چچی) OTHER FAMILY (BROTHER, SISTER, AUNT, UNCLE)

 دیگر (دوست) OTHER (FRIEND) _____ فون نمبر PHONE (____) _____

 میں سمجھتا ہوں کہ میڈیٹاسٹ رچرڈسن میڈیکل سینٹر وہ تمام معلومات جو کہ اس درخواست میں ہیں کہ پوچھ پچھ کر سکتا ہے جن کا تعلق ہسپتال کی اس درخواست کے ابتدائی بات سے ہے۔ میں ہسپتال کو اختیار دیتا ہوں کہ وہ میرے ادارے/کمپنی سے بھی رابطہ کر سکتا ہے۔
 ان معلومات کی تصدیق/پوچھ پچھ کے سلسلے میں جو کہ مختلف کریڈٹ رپورٹ کرنے والی کمپنیاں فراہم کرتی ہیں۔ میں باخوبی جانتا ہوں کہ ان معلومات کا استعمال مالی امداد کی فراہمی کے لیے میری
 اہلیت جانچنے کی غرض سے ہوگا اور ہسپتال کسی وقت بھی ان تمام ذرائع سے رابطہ قائم کر سکتا ہے ان تمام معلومات کو مزید درست اور اضافے کے لیے میں باخوبی جانتا ہوں کہ غلط اور جھوٹی معلومات کی فراہمی کی وجہ سے میری مالی امداد منسوخ بھی ہو سکتی ہے۔

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.

مریض (یا ذمہ دار پارٹی) دستخط Patient (or Responsible Party) Signature _____ تاریخ Date _____

METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER

2831 E. President George Bush Turnpike
Richardson, TX 75082

MAMMOGRAPHY PATIENT QUESTIONNAIRE

Fax: (469) 204-6886

تمام جوابات سینڈرائز میں رکھے جائیں گے۔ برائے مہربانی ہاں یا نہیں پر دائرہ لگائے اور تمام سوالوں کے جواب دیجئے۔

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

TODAY'S DATE: آج کی تاریخ:

PATIENT IDENTIFIER NUMBER:

نام کا پہلا حصہ FIRST NAME نام کا آخری حصہ LAST NAME تاریخ پیدائش DATE OF BIRTH آپ کی عمر YOUR AGE

ADDRESS (Please list an address where mail will always reach you) CITY, STATE, ZIP

PHONE: (Please list a number where the doctor can always reach you)

Home: گھر Cell: موبائل Work: کام

PRIMARY REFERRING PHYSICIAN: ابتدائی رابطہ ڈاکٹر PHONE: فون 2ND REFERRING PHYSICIAN: رابطہ کیا گیا جس ڈاکٹر سے PHONE: فون

Circle one کسی ایک پر دائرہ لگائیے۔

YES NO کیا آپ نے پہلے بھی میموگرام یا چھاتی کا الٹرا سائونڈ کرایا ہے؟ اگر ہاں تو کب (انداز کے مطابق تاریخ لکھئے) کہاں اور کس جگہ
Have you had a mammogram or breast ultrasound before? If YES, when (approximate date)? Where and at which facility?

YES NO ابھی تک وہاں ہے؟ کیا آپ کی فلمیں ابھی تک وہاں ہیں؟ Last breast exam by physician was

YES NO اگر آپ کا جواب ہاں میں ہے تو چھاتی کا کونسا حصہ دونوں الٹا سیدھا اگر ہاں تو پہلے دفعہ کب محسوس کیا؟ آخری میموگرام جو آپ نے کرایا اس وقت سے لیکر آج تک کیا آپ کی چھاتی میں نئی لٹمیں آئی ہیں؟
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

YES NO کیا آپ کے ڈاکٹر کو اس نئی لٹم کی اطلاع دی گئی ہے؟ Is your physician aware of the lump(s)?

YES NO اگر ہاں تو چھاتی کا کونسا حصہ سیدھا الٹا دونوں کسی قسم کی غیر آرام دہ صورت حال داریا دیکھن؟
Any discomfort, pain or soreness? If YES, in which breasts: Right Left Both

YES NO کیا یہ ایک نئی مشکل ہے؟ کتنے عرصے سے آپ کو درد ہے؟ How long have you had this pain?

YES NO کیا یہ ہمیشہ ایسے ہوتا ہے؟ اگر ہاں تو چھاتی کا کونسا حصہ سیدھا الٹا دونوں کیا دونوں نیپلوں میں سے کوئی ایک اندر ہو گیا/سنگریا گیا ہے ترتیب ہو گیا؟
Is either nipple retracted/inverted? If YES, in which breast: Right Left Both Has it always been retracted? YES NO

YES NO کیا آپ کو کسی نیپل کے اوپر کسی قسم کی پدبندی ہے؟ Any crusting sores at the nipple(s)?

YES NO نیپلوں سے کسی قسم کی پدبندی کا نکلنا؟ اگر ہاں تو چھاتی کا کونسا حصہ سیدھا الٹا دونوں
Any discharge from the nipples? If YES, in which breast: Right Left Both

YES NO کیا یہ ہمیشہ نکلتی ہے؟ کیا آپ کو اپنے کپڑوں پر بھی نظر آتی ہے؟ کیا یہ اخراج کبھی ٹولہ کی صورت میں بھی ہوا ہے؟
Do you always had this discharge? YES NO Do you see it in your clothing? YES NO Has the discharge ever been bloody? YES NO

YES NO کیا آپ کو کبھی چھاتی کا کینسر بھی تھا؟ اس کا کس سال میں پتہ چلا
Have you had a breast cancer? If YES, in which breast? Right Left Both What year was CA diagnosed

YES NO کیا آپ نے کبھی شعاعوں سے علاج کرایا؟ کیا آپریشن کے ذریعے پستان کاٹوایا؟ آپ نے علاج کب مکمل کرایا؟
Did you have Radiation? YES NO Mastectomy? YES NO When did you complete treatment?

YES NO کیا آپ نے کبھی چھاتی کا آپریشن کرایا۔ یا بیوپسی یا نیڈل ایسپریشن؟ اندازتہ تاریخ اگر ہاں تو چھاتی کے کس حصے میں
Have you had previous breast surgery, biopsy or a needle aspiration? Approximate date (s): If YES, in which breast: Right Left Both

آپ میں سے کونسی علامتیں ہیں؟ What symptoms do you have?

YES NO کیا آپ کی چھاتی بیونڈ کاراب بھی ہے یا ماضی میں کسی قسم کا اضافہ ہوا ہے؟ Do you have breast implants now or have you had any augmentations in the past? When?

YES NO کیا یہ جھپٹ کے بند ہونے سے پہلے ظاہر ہوا؟ (عمر کے کس حصے میں؟) خاندان میں کسی کو چھاتی کا کینسر ہے؟
Did it occur before menopause? YES NO (or about what age?) Any family history of breast cancer?

YES NO کیا آپ نے کبھی زنا نہ بارمونزا استعمال کیے ہیں؟ Do you take female hormones? (Please circle) Premarin, Provera, PremPro, Prometrium, or birth-control pills?

YES NO اگر ہاں تو کتنے عرصے؟ اگر ہاں تو کتنے عرصے؟ (دائرہ لگائیے) Recent increase or decrease (please circle) in the dosage? increase decrease

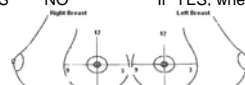
YES NO کیا اس وقت آپ حاملہ ہیں؟ Are you pregnant at this time?

YES NO کیا آپ نے اپنے کسی بچے کو اپنا دودھ ایک ماہ سے زیادہ پلایا ہے؟ Did you breast feed any of your children for longer than one month?

YES NO کیا آپ کو ابھی بھی حیض آتا ہے؟ اگر ہاں تو آخری کب تھا؟
Do you still have menstrual periods? YES NO If YES, when was your last one?

TECHNOLOGIST:

COMMENTS:



میں اجازت دیتا ہوں مینڈاسٹ رچرڈسن میڈیکل سینٹر کو کہ وہ میری گزشتہ میموگرام فلمز اور دوسری رپورٹس کو جاری کرے

I AUTHORIZE THE RELEASE OF MY PREVIOUS MAMMOGRAM FILMS AND OTHER REPORTS (INCLUDING PATHOLOGY REPORTS) TO METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER/ CFWH.

SIGNATURE OF PATIENT OR PERSON AUTHORIZED TO CONSENT FOR PATIENT

DATE