

مہنڈ اسٹ رچرڈسن میڈیکل سینٹر
METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER

ہدایات: Instructions:

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 اسٹ رچرڈسن میڈیکل سینٹر سینٹر برائے صحت نسوان 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 نسوان /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 ہو۔

☆ عورت یا ایبٹن 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 بڑھت یا نیویسی

☆ لازمی دو سال کی مدت سے کار کی نو ما کی پیکٹوری 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.

آج کی تاریخ: TODAY'S DATE:

PATIENT IDENTIFIER NUMBER:

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

یہ برائے مہربانی کوئی ایسا نمبر لکھئے جس پر ڈاکٹر ہمیشہ آپ سے رابطہ کر سکے۔ ADDRESS (Please list an address where mail will always reach you) CITY, STATE, ZIP

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

گھر Home: موبائل Cell: کام Work:

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

Circle one

کیا آپ نے پہلے بھی میموگرام یا چھاتی کا الٹرا سائونڈ کر لیا ہے؟ YES NO 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?

آپ کے فلمز ابھی تک وہاں ہیں؟ YES NO کیا آپ کی فلمیں ابھی تک وہاں ہیں؟ YES NO
Are your films still there? Are your films still there? Last breast exam by physician was

آپ کو کب سیدھا/الٹا/دونوں میں سے تو چھاتی کا کونسا حصہ ڈونوں/الٹا/سیدھا اگر آپ کو جواب ہاں میں ہے تو چھاتی کا کونسا حصہ
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

کیا آپ کے ڈاکٹر کو اس گلٹھی/سوجی کا علم ہے؟ YES NO Is your physician aware of the lump(s)? YES NO

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

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

کیا یہ ہمیشہ ایسے ہوتا ہے؟ YES NO اگر ہاں تو چھاتی کا کونسا حصہ سیدھا/الٹا/دونوں
Is either nipple retracted/inverted? If YES, in which breast: Right Left Both Has it always been retracted? YES NO

نپل سے اوپر کسی قسم کی پدبندی ہے؟ YES NO Any crusting sores at the nipple(s)? سیدھا/الٹا/دونوں

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

کیا یہ ہمیشہ نکلتی ہے؟ YES NO کیا آپ کو اپنے کپڑوں پر بھی نظر آتی ہے؟ YES NO
Do you always have this discharge? Do you see it in your clothing? YES NO

کیا آپ کو کبھی چھاتی کا کینسر بھی تھا؟ YES NO 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

کیا آپ نے کبھی شعاعوں سے علاج کرایا؟ YES NO کیا آپ ریشن کے ذریعے پستان کٹوایا؟ YES NO
Did you have Radiation? YES NO Mastectomy? YES NO

کیا آپ نے کبھی چھاتی کا آپریشن کرایا۔ یا بیوپسی یا نیڈل ایسپیریشن؟ YES NO اندازہ تاریخ
Have you had previous breast surgery, biopsy or a needle aspiration? Approximate date (s):

آپ میں سے کونسی علامتیں ہیں؟ What symptoms do you have? سیدھا/الٹا/دونوں

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

خاندان میں کسی کو چھاتی کا کینسر ہے؟ YES NO کیا یہ حیض کے بند ہونے سے پہلے ظاہر ہوا؟ YES NO
Any family history of breast cancer? Did it occur before menopause? YES NO

کس رشتے رار کو؟ YES NO Mother Sister Daughter Other

کیا آپ نے کبھی زنانہ ہارمونز استعمال کیے ہیں؟ YES NO پروڈیٹیم یا پری مارین پروڈیا پری پیرو
Do you take female hormones? (Please circle) Premarin, Provera, PremPro, Prometrium, or birth-control pills?

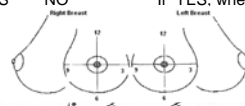
اگر ہاں تو کتنے عرصے؟ YES NO اگر ہاں تو کتنے عرصے؟ YES NO
If YES, for how long? Recent increase or decrease (please circle) in the dosage? increase decrease

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

تعداد بتائیے کتنی دفعہ حاملہ ہوئیں آپ؟ YES NO
Number of Pregnancies? Did you breast feed any of your children for longer than one month? YES NO

پہلی دفعہ کب حاملہ ہوئی؟ YES NO اگر ہاں تو آخری کب تھا؟ YES NO
At what age was your first pregnancy? Do you still have menstrual periods? YES NO If YES, when was your last one?

TECHNOLOGIST: COMMENTS:



میں اجازت دیتا ہوں مینڈ اسٹ 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