



METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER

ညွှန်ကြားချက်။ Instructions:

ထောက်ပံ့ရန်ပုံငွေများနှင့် လူ့အဖွဲ့အစည်းအား အကျိုးပြုရန် ရည်ရွယ်ကာ Methodist Richardson Medical Center အမျိုးသမီးကျန်းမာရေး ဌာန မှ ဆေးဝါး နှင့် ပိုက်ဆံချို့တဲ့သူ တစ်ဦးချင်းစီအတွက် သတ်မှတ်သည့် အချက်အလက်များနဲ့ ကိုက်ညီပါက ထောက်ပံ့ပေးရန် အစီအစဉ် ရှိပါသည်။

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.

ရင်သားကင်ဆာရိုမရှိ စစ်ဆေးရန်(mammogram screening) ပြုလုပ်ပေးရန် သတ်မှတ် သည့် အချက်အလက်များနဲ့ ကိုက်ညီမှု ရှိမရှိ သိနိုင်ရန်အတွက် အောက်ပါ လျှောက်လွှာ ပုံစံ တွင် ပါရှိသည်များ လိုပါသည်။ လျှောက်လွှာပုံစံအား ပြည့်စုံအောင် ဖြည့်ပြီး၊ ပြည့်စုံသည့် လျှောက်လွှာ ပုံစံအား Registration Representative သို့ ပြန်ပို့ပေးပါရန် (သို့) အောက်ပါ email လိပ်စာ သို့ ပို့ပေးပါရန်။

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
403 W. Campbell Rd, Suite 205
Richardson, TX 75080
Attn: Center for Women's Health/Asian Grant

အောက်ပါလျှောက်လွှာ၏ လက်ခံစာ စီစစ်ခြင်း၊ နှင့် လက်ခံသဘောတူခြင်းပေါ် မူတည်၍ သင့်အား ရက်ချိန်းအချိန်ကို အကြောင်းကြား မည်ဖြစ်သည်။

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

သင့်တွင် မေးခွန်းများရှိပါ ကျေးဇူးပြု၍ (၉၇၂) ၉၈-၈၆၀၂ သို့ ဆက်သွယ်ပါ။

If you have questions, please call (972) 498-8601.

အောက်ပါမေးခွန်းများကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားဖြင့် ဖြေကြားပေးပါ။ Please answer the following questions in English

နောက်ဆုံးအမည်(Last Name) \_\_\_\_\_ ပထမဆုံးအမည်(First Name) \_\_\_\_\_

လူမျိုး(Nationality) \_\_\_\_\_ အဓိက ဘာသာစကား(Primary Language Spoken) \_\_\_\_\_

သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် နေထိုင်သော လူဦးရေ စုစုပေါင်း(Total Number of people living in your household) \_\_\_\_\_

သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် ရရှိသော ဝင်ငွေ စုစုပေါင်း(Total household income) \_\_\_\_\_

အပတ်စဉ်(per week) လစဉ်(per month) နှစ်စဉ်(per year)

သင်ဟာ အမြဲတမ်းနေထိုင်သူဖြစ်ပါသလား။ (Are you a permanent resident?) [Yes/No] (Dallas, Collin, Denton မြို့နယ်တွင် နေသည့်သူ ဖြစ်ရမည်) (Must live in Dallas, Collin, or Denton County)

သင့်တွင် ကျန်းမာရေး အာမခံရှိပါသလား။ (Do you have Health Insurance?) [Yes/No] (ရှိလျှင် ကျေးဇူးပြုပြီး (ရှေ့၊ နောက်) ဗီဇွာကျား၍ လျှောက်လွှာနှင့် အတူ ပို့ပေးပါ။) (If yes, please mail a copy of card (front and back) with this application form)

သင့်တွင် Medicare/ အပိုင်းB ရှိပါသလား။ (Do you have Medicare/Part B?) [Yes/No]

သင့်တွင် Medicaid ရှိပါသလား။ (Do you have Medicaid?) [Yes/No]

အခမဲ့ ရင်သားကင်ဆာစစ်ဆေးရန်အတွက် အောက်ပါအချက်များနှင့် ကိုက်ညီရမည်။ The following criteria must be met in order to qualify for a free mammogram screening:

- Dallas မြို့နယ်၊ Collin မြို့နယ်၊ (သို့) Denton မြို့နယ်တွင် နေထိုင်သူ (Reside in Dallas County, Collin County, or Denton County)
အာရှတိုက်သား အမျိုးသမီး (Female of Asian descent)
အသက် ၄၀ (သို့) ပို အသက်ကြီးသော (Be 40 years or older)
ရင်သားပုံမှန်မဟုတ်ခြင်း သို့မဟုတ် အကြိတ် အဖုများမရှိခြင်း (Feel no lumps, bumps, or abnormality in breasts)
ယခင်က ရင်သားနှင့် ပတ်သတ်သော ပြဿနာရှိဖူးပါက အောက်ပါအချက်များနှင့် ကိုက်ညီရမည်။ (Individuals with a previous history of breast problems must meet the following criteria: )
- စိုးရိမ်စရာမဟုတ်သော ရင်သားအသားစ စစ်ဆေးခြင်း ပြုလုပ်ထားသည်မှာ တစ်နှစ်ကျော်ကြာပြီးဖြစ်ရမည်။ (Must be 1 year post benign breast biopsy)
- ကင်ဆာ အကြိတ်အဖုအား ရင်သားမှ ခွဲစိတ်ထုတ်ယူပြီးခြင်း အနည်းဆုံး နှစ်နှစ်ခန့်ကြာပြီးဖြစ်ရမည်။ (Must be at least 2 years post lumpectomy for carcinoma & finish treatment or discharged)



METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER
403 West Campbell Rd. Suite #205 Richardson, TX 75080
Tel: (972) 498-8601 Fax: (972)-498-8634

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

အင်္ဂလိပ်လို ရေးဖြည့်ပါ။ (Complete in English)

လျှောက်လွှာရှင်၏ သတင်းအချက်အလက် (Applicant's information)

နောက်ဆုံးအမည်(LAST NAME) \_\_\_\_\_ ပထမအမည် (FIRST NAME) \_\_\_\_\_ အသက်( AGE) \_\_\_\_\_
မွေးနှစ်သက္ကရာဇ် (DATE OF BIRTH) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
(လ၊ ရက်၊ နှစ်) (MONTH/ DAY/ YEAR) အိမ်ထောင် ရှိမရှိ (MARITAL STATUS) မွေးဖွားရာနေရာ (BIRTHPLACE) လူမျိုး (RACE)
အိမ်လိပ်စာ (HOME ADDRESS) \_\_\_\_\_ အခန်း နံပါတ် (APARTMENT NUMBER) \_\_\_\_\_
မြို့ (CITY) \_\_\_\_\_ ပြည်နယ် (STATE) \_\_\_\_\_ ဧရိယာကုဒ်(ZIP) \_\_\_\_\_
အိမ်ဖုန်း (HOMEPHONE) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ လက်ကိုင်ဖုန်း (CELLPHONE) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ အလုပ်ဖုန်း (WORKPHONE) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
အလုပ်ရှင် အမည် (EMPLOYER'S NAME) \_\_\_\_\_
လိပ်စာ( ADDRESS) \_\_\_\_\_ မြို့ (CITY) \_\_\_\_\_ ပြည်နယ်(STATE) \_\_\_\_\_ ဧရိယာကုဒ်(ZIP) \_\_\_\_\_
ဆိုရှယ် နံပါတ် (SOCIAL SECURITY NUMBER) \_\_\_\_\_ အလုပ်အကိုင်(OCCUPATION) \_\_\_\_\_

ခင်ပွန်း (သို့) ဇနီး၏ သတင်းအချက်အလက် Spouse Information

ခင်ပွန်း (သို့) ဇနီး၏ အမည်(SPOUSE NAME) \_\_\_\_\_ ဆိုရှယ် နံပါတ် (SOCIAL SECURITY NUMBER) \_\_\_\_\_
မွေးနှစ်သက္ကရာဇ်(DATE OF BIRTH) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ အလုပ်အကိုင် (OCCUPATION) \_\_\_\_\_
(လ၊ ရက်၊ နှစ်) (MONTH/ DAY/ YEAR)
အလုပ်ရှင် အမည် (EMPLOYER'S NAME) \_\_\_\_\_ အလုပ်ဖုန်း (WORKPHONE) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
လိပ်စာ(ADDRESS) \_\_\_\_\_
အရေးပေါ် အခြေအနေ အကြောင်းကြား (IN CASE OF EMERGENCY NOTIFY) \_\_\_\_\_ ပတ်သတ်မှု(RELATIONSHIP) \_\_\_\_\_
လိပ်စာ (ADDRESS) \_\_\_\_\_ လက်ကိုင်ဖုန်း၊ ဆယ်သွယ်ရမည့်နံပါတ်(CELL PHONE/CONTACT NUMBER) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
အဓိက ကုသသည့် ဆရာဝန် (PRIMARY CARE PHYSICIAN) \_\_\_\_\_ ဖုန်း(PHONE) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
လိပ်စာ (ADDRESS) \_\_\_\_\_

သင့်ရလဒ်ကို ဘယ်သူတွေနဲ့ ဝေမျှချင်တယ် ဆိုတာကို ကျေးဇူးပြုပြီး စာရင်းပြုစုပေးပါ။ သင့်ကိုယ်စား အင်္ဂလိပ် စကားပြောတတ်သူ တစ်ယောက်တော့ ဖြစ်ရမယ်ဆိုတာကို သတိထားပေးပါ။
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.
[ ] ခင်ပွန်း (သို့) မယား (SPOUSE) [ ] ကလေး(CHILDREN) [ ] တစ်ခြား မိသားစုဝင်များ (ညီအစ်ကို၊ မောင်နှမ၊ အန်တီ၊ ဦးလေး) OTHER FAMILY MEMBER (BROTHER, SISTER, AUNT, UNCLE)
[ ] တစ်ခြား သူငယ်ချင်း OTHER (FRIEND) \_\_\_\_\_ ဖုန်း (PHONE) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Methodist Richardson Medical Center လျှောက်လွှာစစ်ဆေးအဖွဲ့မှ ဤလျှောက်လွှာတွင် ဖြည့်စွက်ထားသော ကျွန်ုပ်ငွေကြေးပိုင်ဆိုင်မှုနှင့် ပတ်သတ်သော အချက်အလက်များကို လိုအပ်ပါက အလုပ်ရှင်ထံသို့ ဆက်သွယ်ခြင်းနှင့် credit ဌာနသို့ ဆက်သွယ်ခြင်းများ ပြုလုပ်နိုင်သည်ကို နားလည် ခွင့်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်ငွေကြေးပိုင်ဆိုင်မှု အတိုင်းအတာပေါ် မူတည်၍ အကူအညီရယူရန် စံချိန်စိုင်းခြင်းရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရန် ဆေးရုံမှ လိုအပ်လျှင် ထိုဌာနများကို အချိန်မရွေးဆက်သွယ်၍ ထိုအချက်အလက်များကို ပြင်ဆင်နိုင်ပါကြောင်း နားလည်သိရှိပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာပေါ်တွင် အချက်အလက်အမှားများ ဖြည့်စွက်မိပါက ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု ပယ်ချခြင်း ခံရမည်ဟု နားလည်သိရှိပါသည်။
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.

လူနာ (သို့) သက်ဆိုင်သူ တစ်ဦး၏ လက်မှတ် \_\_\_\_\_ နေ့စွဲ \_\_\_\_\_
Patient (or Responsible Party) Signature Date

ရင်းသား ဓါတ်မှန် လူနာ စစ်တမ်းမေးခွန်းလွှာ။

MAMMOGRAPHY PATIENT QUESTIONNAIRE

အဖြေများ အားလုံးဟာ လျှို့ဝှက်ချက် ဖြစ်ပါတယ်။ (ဟုတ်တယ် မဟုတ်ဘူး) ဆိုတာ ကို စက်ဝိုင်း ဝိုင်းပါ။ ပြီးနောက် မေးခွန်းများ အားလုံးကို ဖြေကြားပါ။

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

ယနေ့ နေ့စွဲ (TODAY'S DATE): လူနာ စိစစ်ရေး နံပါတ် (PATIENT IDENTIFIER NUMBER:)
နောက်ဆုံး အမည် (LAST NAME) ပထမ အမည် (FIRST NAME) မွေးသက္ကရာဇ် (DATE OF BIRTH) သင့် အသက် (YOUR AGE)
နေရပ်လိပ်စာ - (ကျေးဇူးပြုပြီး စာပို့ရင် ရောက်နိုင်မယ့် နေရပ်လိပ်စာကို ရေးပေးပါ။) မြို့၊ ပြည်နယ်၊ ဇရိယာကုဒ် ADDRESS: (Please list an address where mail will always reach you) CITY, STATE, ZIP
ဖုန်းနံပါတ် - (ကျေးဇူးပြုပြီး ဒေါက်တာတွေ အမြဲ ဖုန်းခေါ်ဆက်သွယ်နိုင်မယ့် နံပါတ်ကို ပေးပါ။) PHONE: (Please list a number where the doctor can always reach you)
အိမ်ဖုန်း Home: လက်ကိုင်ဖုန်း Cell: အလုပ်၊ ရုံး ဖုန်း Work:
အဓိက ရည်ညွှန်းသော ဆရာဝန် (PRIMARY REFERRING PHYSICIAN:) ဖုန်း (PHONE:) ဒုတိယ ရည်ညွှန်းသော ဆရာဝန် (2ND REFERRING PHYSICIAN) ဖုန်း (PHONE:)

တစ်ခုကို ဝိုင်းပေးပါ။ (CIRCLE ONE)

ရင်းသားဓါတ်မှန် အရင်က ရိုက်ဖူးလား။ (Have you had a mammogram or breast ultrasound before?) ရိုက်ဖူးလျှင် ဘယ်တုန်းကလဲ (ရက်ခန်းမှန်းခြေ) If YES, when (approximate date)?
ရိုက်ဖူးရက် ဘယ်နေရာ ဘယ်ဌာနလဲ (Where and at which facility) အဲဒီ ဖလင်တွေ ရှိသေးလား။ (Are your films still there?) ရှိတယ်။ (YES) မရှိဘူး။ (NO)
နောက်ဆုံး ရင်းသားကို စစ်ဆေးပေးသော ဆရာဝန် (Last breast exam by physician was)

နောက်ဆုံးအကြိမ် ရင်းသားဓါတ်မှန် ရိုက်ပြီးကတည်းက သင့်ရင်းသားမှာ အကြိတ်အသစ်တွေ ရှိလား။ ရှိလျှင် ဘယ်တုန်းက ပထမဆုံး သတိထားမိလဲ။
Since your last mammogram, are there any new lumps in your breasts? If YES when was it first noted:

ရိုက်ဖူးရက် ဘယ်ဘက်လဲ။ ညာဘက် ဘယ်ဘက် နှစ်ဖက်လုံး သင့်ရဲ့ ဆရာဝန်က အဲဒီ အကြိတ်အသစ်တွေအကြောင်းကို သိပါသလား။ သိတယ် မသိဘူး
If YES, in which breast: Right Left Both. Is your physician aware of the lump(s)? YES NO

သက်တောင့်သက်သာ မရှိတာ၊ နာကျင်တာတို့ ရှိလား။ (Any discomfort, pain or soreness?) ရှိလျှင် ဘယ်ဘက်လဲ။ (If YES, in which breast) ညာဘက် (Right) ဘယ်ဘက် (Left) နှစ်ဖက်လုံး (Both)
ဒါက ပြဿနာ အသစ်လား။ (Is this a new problem?) ဟုတ်တယ်။ (YES) မဟုတ်ဘူး။ (NO) ဒီလို နာတာ ဘယ်လောက်ကြာပြီလဲ။ (How long have you had this pain?)

သင့်ရဲ့ နို့ သီးခေါင်းတွေ အထဲကိုဝင်နေသလား။ (Is either nipple retracted/ inverted?) ဝင်နေရင် ဘယ်ဘက်လဲ။ (If YES, in which breast) ညာဘက် (Right) ဘယ်ဘက် (Left) နှစ်ဖက်လုံး (Both)
နို့ သီးခေါင်းတွေက အမြဲတမ်းအထဲဝင်နေသလား။ ဟုတ်တယ်။ မဟုတ်ဘူး။ နို့ သီးခေါင်းတွေမှာ အနာရှိလား။ ညာဘက် ဘယ်ဘက် နှစ်ဖက်လုံး
(Has it always been retracted?) (YES) (NO) (Any crusting sores at the nipple(s)?) (Right) (Left) (Both)

နို့ သီးခေါင်းလေးတွေမှာ သွေးစလေးတွေထွက်လား။ (Any discharge from the nipples?) ရှိလျှင် ဘယ်ဘက်လဲ။ (If YES, in which breast) ညာဘက် (Right) ဘယ်ဘက် (Left) နှစ်ဖက်လုံး (Both)
အရင်ကတည်းက အမြဲတမ်း ဒီလိုမျိုး သွေးစလေးတွေ ရှိဖူးလား။ ရှိတယ်။ မရှိဘူး။ သင့်ရဲ့ အဝတ်မှာ တွေ့လား။ တွေ့တယ်။ မတွေ့ဘူး။
Have you always had this discharge? YES NO Do you see it in your clothing? YES NO
အဲဒီလို သွေးစတွေကနေ သွေးအရမ်းထွက်လာတာမျိုးရှိလား။ (Has the discharge ever been bloody?) ရှိတယ်။ (YES) မရှိဘူး။ (NO)

ရိုက်ဖူးရက် ရင်းသားကင်ဆာ ဖြစ်ဖူးလား။ (Have you had a breast cancer?) ဖြစ်ဖူးလျှင် ဘယ်ဘက်လဲ။ (If YES, in which breast) ညာဘက် (Right) ဘယ်ဘက် (Left) နှစ်ဖက်လုံး (Both)
ဘယ်နှစ်ခုနှစ်မှာ CA ဆေးစစ်တမ်းကို လုပ်တာလဲ။ (What year was CA diagnosed)
ရေဒီယိုသတ္တိကြွကုထုံးလုပ်ဖူးလား။ (Did you have Radiation?) သားမြတ်ဖြတ်ထုတ်ခြင်း။ (Mastectomy?) ဘယ်တုန်းကကုသမှုပြီးသွားတာလဲ။ (When did you complete treatment?)

လုပ်ဖူး မလုပ်ဖူး ရင်းသားခွဲစိတ်ခြင်းအသားစထုတ်ယူကုခြင်းတွေကိုလုပ်ဖူးလား။ (Have you had previous breast surgery, biopsy or a needle aspiration?) (ရက်ခန်းမှန်းခြေ) Approximate date (s)
လုပ်ခဲ့ဖူးလျှင် ဘယ်ဘက်လဲ။ (If YES, in which breast) ညာဘက် (Right) ဘယ်ဘက် (Left) နှစ်ဖက်လုံး (Both) ဘာရောဂါလက္ခဏာတွေရှိလဲ။ (What symptoms do you have?)

ရိုက်ဖူးရက် သင့်မှာ ရင်းသား အတုခွဲထည့်ထားသလား အခု (သို့မဟုတ်) အရင်တုန်းက အဲဒီလို လုပ်ဖူးတာမျိုး ရှိသလား။ ဘယ်တုန်းကလဲ။
Do you have breast implants now or have you had any augmentations in the past? When?

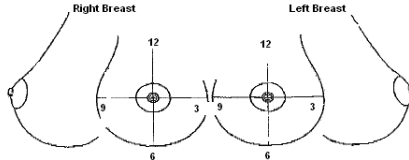
ရိုက်ဖူးရက် သင့် မိသားစုမှာ ရင်းသားကင်ဆာ ဖြစ်ဖူးသူ ရှိသလား။ အဲဒါဖြစ်တာ သွေး မဆုံး ခင်လား။ ဟုတ် မဟုတ် (သို့မဟုတ် ဘယ်အသက်အရွယ် မှာလဲ)
Any family history of breast cancer? Did it occur before menopause? YES NO (or about what age?)
ဘယ်ဆွေမျိုးလဲ။ (In which relative(s)?) အမေ (Mother) ညီမ (Sister) သမီး (Daughter) အခြား (Other)

သုံး မသုံး သင်အမျိုးသမီး ဟော်မုန်းဆေးများသုံးဖူးပါလား။ (ကျေးဇူးပြုပြီး ဝိုင်းပေးပါ) Premarin, Provera, PremPro, Prometrium, (သို့) ကလေးတားဆေး။
Do you take female hormones? (Please circle) Premarin, Provera, PremPro, Prometrium, or birth-control pills?
သုံးဖူးလျှင် ဘယ်လောက်ကြာသုံးဖူးပါသလဲ။ လတ်တလော ဆေးအမျိုးအစ တိုးလာတယ် လျော့သွားတယ် (တခုကို ဝိုင်းပေးပါ)
If YES, for how long? Recent increase or decrease (please circle) in the dosage?

ရိုက်ဖူးရက် ယခုသင့်တွင် ကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ (Are you pregnant at this time?)

ကိုယ်ဝန်ဆောင်အကြိမ်ပေါင်း (Number of Pregnancies) ကလေးတွေကိုတစ်လထက်ပိုပြီး နို့တိုက်ပါသလား။ (Did you breast feed any of your children for longer than one month?) တိုက်တယ်။ (YES) မတိုက်ဘူး။ (NO)
ပထမဆုံးကိုယ်ဝန်ဆောင်ချိန် အသက် သင်အခုထိ ရာသီလာသေးလား။ မလာတော့ဘူး။ လာသေးလျှင် နောက်ဆုံးတကြိမ်လာသော ရက်
(At what age was your first pregnancy?) (Do you still have menstrual periods?) (NO) (If YES, when was your last one?)

ပညာရှင် (TECHNOLOGIST:) မှတ်ချက် (COMMENTS:)



METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER/ CENTER FOR WOMEN'S HEALTH အား ကျွန်ုပ်တို့ အရင် mammogram ဓါတ်မှန်အပါအဝင် တစ်ပြား ဆေးစစ်တမ်းများ (ရောဂါ ရှာဖွေရေး မှတ်တမ်းများ အပါအဝင်)အား ထုတ်ပြန်ခွင့် ပြုပါသည်။ (I AUTHORIZE THE RELEASE OF MY PREVIOUS MAMMOGRAM FILMS AND OTHER REPORTS (INCLUDING PATHOLOGY REPORTS) TO METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER/ CENTER FOR WOMEN'S HEALTH.)

လူနာ၏ လက်မှတ် (သို့မဟုတ်) လူနာနှင့် သက်ဆိုင်သည့် သူတစ်ဦး၏ လက်မှတ် (SIGNATURE OF PATIENT OR PERSON AUTHORIZED TO CONSENT FOR PATIENT) ရက်စွဲ (DATE)