

## د CDPH Color د گډون کوونکي د نومليکنې پوښتنې

دا سند هغه پوښتنې توضيحي کومي د Color د معاینې د گډون کوونکو څخه هغه وخت کېږي کله چې د کووید-19 د معاینې لپاره نومليکنه کوي.

د هغو گډون کوونکو چې په خپله ځانونه راجستر کوي د پوښتنو د کتلو لپاره دلته کلیک کړئ او یا مخ 2 ته لاړ شئ.

هغو گډون کوونکو چې زیرسن یا د سرپرستی لاندې وي د پوښتنو کتلو لپاره دلته کلیک کړئ یا مخ 11 ته لاړ شئ.

\* څرگندوي چې اجباري دی، البته په ډېرو حالتونو کې د "زه یې ویل نه غواړم" یا "نه پوهېږم" د ځواب ورکولو غوراوی لري.

دا معاینه چا لپاره ده؟ \*

- زما خپل خان لپاره
- یو زیرسن/سرپرستی لپاره

تاسو دې سره ولې علاقه لرئ چې کووید-19 لپاره مو معاینه ترسره شې؟ \*

هغه ټول چې تطبیق کوي انتخاب کړئ.

- زه له یو داسې چا سره په اړیکه کې یم چې د کووید-19 لپاره معاینه یې مثبت ده.
- زه له یو داسې چا سره په اړیکه کې یم چې ممکن کووید-19 ولري.
- د عامې روغتیا ریاست یو استازي له ما څخه غوښتي چې خان معاینه کړم.
- زه د کووید-19 علامې لرم یا مې درلودلې.
- زما کارفرما لازم کړېده چې خان معاینه کړم.
- زما د کار د ډول له کبله ماته ویل شوي چې خان معاینه کړم.
- د یو راتلونکي طبي عملیات لپاره ددې کول لازم دي.
- ما په نږدې وخت کې سفر کړی دی.
- زه د ویروس سره مخ شوی نه یم او یا علامې نه لرم مگر غواړم معلومات وکړم.
- نور
- زه نه ویل غوره بولم.

آیا دا مهال د کووید-19 سره مربوطې کومې علامې لرئ؟ \*

په نښو کې ممکن شامل وي تبه یا لرزه، توخی، د ستوني درد، ساه لنډي یا ساه ایستلو کې ستونزه، سر درد، د عضلاتو درد یا خان درد، شدیدې ستریا، د خوند یا بوي نوی دلاسه ورکول، اسهال، زړه بدې یا گانگې، بنده یا بهیدونکي پوزه، یا د اشتها کمښت.

- هو
- نه

که موږ لطفاً کووید-19 سره مربوطې هغه ټولې علامې چې تاسو ورسره دا مهال مخ یاست مشخصې کړئ. \*

هغه ټول چې تطبیق کوي انتخاب کړئ. دا مونږ سره په دې خبره پوهېدو کې کومک کوي چې کووید-19 ستاسو په ټولنه څرنگه اغېز کوي.

- تبه یا لرزه
- توخی
- د ستوني درد

- سالنډي يا ساه ايستلو كې ستونزه
- سردرد
- د عضلاتو درد يا ځان درد
- شديده سترتيا
- د خوند يا بوي نوى دلاسه وركول
- اسهال
- زړه بدې يا گانگې
- بنده يا بهيدونكې پوزه
- حساس پوستكې
- د اشتها كمښت

كه موږ د كوويډ-19 سره مربوطې علامې په تاسو كې كله پيل شوې؟ \*

- په تېرو 24 ساعتونو كې
- په تېرو 24 څخه تر 72 ساعتونو كې
- په تېرو 4 څخه 7 ورځو كې
- له يوې اونۍ ډير دمخه
- له دوه اونيو ډير دمخه

آيا تاسو كوم مزمنې طبي ستونزې لرئ چې د كوويډ-19 د سختې مريضې خطر زياتوي؟ \*

ددې په بېلگو كې شامل دي هايپرتېنشن/د وينې جېگ فشار، ذيابيطس، د زړه مريضې، سالنډى، COPD، نورې تنفسي مريضې، او د كم بدني امنيت حالتونه (لكه اېچ آي وي).

- هو
- نه
- زه غوره بولم چې ونه وايم.

آيا تاسو اوس مهال حامله يئ؟ \*

- هو
- نه
- زه متيقنه نه يم.
- دا په ما تطبيق نه كوي.

**ستاسو جنسي تمايل څه دی؟ \***

د کالیفورنیا عامه روغتیا ریاست ددې معلوماتو غوښتنه کړي ده.

- ساده یا مخالف جنس ته راغب
- لږبین
- گی یا همجنسگرا
- دوه جنسگرا
- پوښتونکی
- بل
- زه نه ویل غوره بولم.

**آیا تاسو په کار گومارل شوي یاست؟ \***

ستاسو د کار او د استوګني د وضعیت په اړه لاندې پوښتنې به د تماس د معلومولو د هڅو په ملاتړ کې کومک وکړي.

- هو
- نه
- زه نه ویل غوره بولم.

**\* که هو. آیا تاسو اساسي کارکوونکي یاست؟**

که تاسو کومه اساسي برخه کې کار کوئ نو مهرباني وکړئ مونږ خبر کړئ چې کومه برخه کې. ددې پوښتنو ځوابونه به چارواکو سره اساسي کارکوونکو کې د وپروس په خورېدو باندې پوهېدنه کې مرسته وکړي.

- صحي پاملرنه
- لومړنۍ غبرګون یا عاجلې مرستې
- نور ټولنیز خدمتونه
- زندان یا د جیل خدمتونه
- ښاري خدمتونه
- بقالي یا پرچون فروشي
- رستورانټ
- د غوښې تیارول
- زراعت
- عامه سکتور

- معماري
- تعليمي سکتور يا د ماشومانو پاملر نه
- عامه ترانسپورت يا د شريک ترانسپورت (rideshare) چلوونکی
- نور اساسي کار
- له پورته څخه يو هم نه
- زه نه ويل غوره بولم.

\* که هو. آیا تاسو خپله وظيفه کې نورو خلکو سره تعامل لرئ؟

- نه، زه کور نه کار کوم/يوازې کار کوم.
- هو، زه عامه خلکو (مشتریانو، مؤکلينو، د ټولني غړو، وغيره) سره کار کوم.
- هو، زه همکارانو سره کار کوم خو عامه خلکو سره نه.
- زه نه ويل غوره بولم.

که هو. ستاسو کارفرما څوک دی؟

- لطفاً د خپل کارفرما رسمي نوم وليکئ. دا به د تماس د معلومولو په هڅو کې مرسته وکړي.
- د کارفرما نوم

ستاسو د کارفرما ادرس څه شی دی؟ \*

- که تاسو د يو نه زيات کارځايونه لرئ، نو يوازې هغه چې کوم کې تاسو تر ټولو زيات کار کوئ پکې ورکړئ.
- ادرس

آیا تاسو د يو اجتماعي استوگني د مرکز اوسېدونکي يا کارمند ياست؟ \*

- د اجتماعي استوگني په مرکزونو کې د پاملرني کورونه (نرسنگ هومز)، په کومک د استوگني مرکزونه، د بي کوره خلکو سرپناه ځايونه، د نجات مشنونه، تازه قيد شوي، ليلبي، نظامي بېرکونه، او داسې نور شامل دي.
- هو
  - نه

آیا ستاسو د اجتماعي استوگني مرکز کې وبا شيوخ وه؟ \*

- د شيوخ تعريف د 14 ورځو مودې دننه د کوويډ-19 لږ تر لږه 3 احتمالي يا تايبید شوو پېښو په توگه شوی دی.
- هو

● نه

● زه نه پوهېږم

په تېرو دوو هفتو کې آیا تاسو د داسې خلکو چې تاسو ورسره ژوند نه کوئ سره د لاندې ډول غټو ډله بیزو غونډو (12+ کسان) کې گډون کړی دی؟ \*

هغه ټول چې تطبیق کوي انتخاب کړئ.

● په داخل کې دیني عبادتونه

● بیرون دیني عبادتونه

● اعتراضی غونډې یا تظاهرات

● د مېلمستیا غونډې

● نورې د غټو ډلو غونډې

● ما دې ډول هیڅ غونډو کې گډون نه دی کړی

ستاسو د انتخاب ژبه څه ده؟

اختیاري. که تاسو یو داسې چا لپاره د ملاقات په جوړولو کې مرسته کوئ چې په انګلیسي نه پوهېږي، نو مهرباني وکړئ مونږ خبر کړئ چې څه ډول ترجیح باید موجود وي. لطفا یاد وساتئ چې د معاینې نتیجې په انګلیسي او هسپانوي دواړو ژبو کې موجودې دي.

● عربي

● ارمني

● کنتوني

● انګلیسي

● فارسي

● هندي

● همونګ

● جاپاني

● خمیر

● کوریايي

● مام

● ماندرین

● هسپانوي

● پنجايي

- روسي
- تګالوګ
- تهايي
- وېتنامي
- بله

### مهرباني وکړئ د کووید-19 د معاینې لپاره نوملېکنه وکړئ.

د کووید-19 معاینې لپاره ستاسو د نمونې راټولولو په موخه، مور ستاسو څخه یو څه معلوماتو ته اړتیا لرو.

مهرباني وکړئ د کووید-19 د معاینې په اړه دې مهمو معلوماتو ته کتنه وکړئ.

دا معاینه معلوموي چې آیا تاسو د یوازې د معاینې په وخت کې SARS-CoV-2 (هغه ویروس چې کووید-19 رامینځته کوي) لری که نه.

دا مرض سره د بدن د مقاومت یا دا چې آیا تاسو تېر وخت کې دا ویروس لرلو که نه معاینه نه کوي.

یوازې ډاکټر تاسو ته تشخیص درکولی شي. ډاکټر همداراز په دې اړه معلومات درکولی شي چې څرنگه د خپل ځان پاملرنه وکړئ او په مرض د نورو د ککړېدو څخه حفاظت کې مرسته وکړئ.

د منفي نتيجو معنا داده چې ویروس ندی کشف شوی.

که تاسو علامې لری نو یو ډاکټر سره تماس ونیسئ او پوښتنه ترې وکړئ چې آیا باید بیا مو معاینه وشي ځکه چې:

- کېدلی شي له معاینې وروسته درته ویروس لگېدلی وي.
- ستاسو د معاینې منفي نتیجه نښايي غلطه وه. غلطې منفي نتيجې ځکه رامینځته کېږي چې معاینې په کامل ډول دقیقې ندې.

شدید یا بدترېدونکي علامې

که تاسو یا داسې یو څوک چې تاسو یې پېژنئ له شدیدېو یا بدترېدونکو علامو سره مخ یاست، نو سمدستي د طبي پاملرنې غوښتنه وکړئ.

د امریکا متحده ایالتونو د ناروغیو کنټرول او مخنیوي مرکزونو (CDC) سپارښتنه ده هغه افراد دې چې په لاندې علامو کې کومه یوه لري سمدستي طبي توجه ترلاسه کړي:

- ساه اخیستلو کې ستونزه
- مداوم درد یا سینه کې فشار
- نوي گنګستیا
- د وېښ پاتې کېدو یا خوب نه وروسته وینېدلو ناتواني
- شین رنگې شونډې یا مخ

Color طبي مشوره يا طبي پاملرنه نه ورکوي. د خپلو نتيجو لپاره ډاکټر سره تعقيبي اقداماتو لپاره تماس کي واوسئ.

ستاسو نتيجي به کله چې د قانون لخوا لازمي وي د عامه صحت د اهدافو لپاره له خاصو فدرالي، ايالتي او سيمه ييزو ادارو سره شريکول کېږي.

☐ زه تاييدوم چې ما د کوويډ-19 معلوماتي رضائيت، د کوويډ-19 د خدمت شرطونه، او د محرميت د چارو خبرتيا لوستلي، پرې پوه شوی يم، او موافقه ورسره کوم.

☐ زه واک ورکوم چې زما معلومات او نتيجي د صحي امنيت، او/يا کار/پنځونځي ته د ستنېدو په اړه د پرېکړو د لارښوونې په خاطر زما ادارې سره شريک کړی شي (د HIPAA بشپړ واک ولولئ). زه پوهېږم چې دا واک په هر ځل چې ددې پروگرام له لارې معاینه کېږم تطبیق کوي.

☐ زه پوهېږم چې زما شخصي او روغتيا سره اړوند معلومات (زما د نتيجو په گډون) به د معاینې ځای کې د کلينيکي او نوري عملي، او همدارنگه د کاليفورنيا عامه روغتيا رياست، سره د درملنې او پاملرنې د ادامې د اهدافو لپاره شريکول کېږي.

**مونږ د معاینې د ترسره کولو لپاره ځينو معلوماتو ته اړتيا لرو.**

دې معلوماتو نه دي لپاره استفاده کېږي چې نتيجي چمتو کړی شي، او همداراز د ښار او ايالت د هغو چارواکو ملاتړ وکړی شي کوم چې په دې خبره پوهېدو لپاره ډاټا راغونډوي چې کوويډ-19 څرنگه په ټولنو اغېز کوي. د Color د خدمت څخه په استفادې يوې معاینې لپاره د نومليکني په کولو سره تاسو موافقه کوئ چې د کوويډ-19 د معاینې لپاره درسره تماس ونيول شي.

#### د تماس معلومات

د تماس ددې معلوماتو نه به يوازې دي لپاره کار اخيستل کېږي چې ستاسو د ملاقات(ونو)، واکسينو، او/يا د معاینې د نتيجو په اړه درسره تماس ونيول شي.

- هېواد
- ټلېفون شمېره (موبایل ته ترجیح ده) \*
- ایمیل ادرس

#### نوم او د زېږېدنې نېټه

- اول نوم \*
- منځنی نوم
- د کورنی نوم \*
- د زېږېدنې نېټه (مياشت/ورځ/کال) \*



که د ښار او ایالات چارواکو ته هغه ادرس معلوم وي چیرته چې تاسو دا مهال ژوند کوئ نو دا ورسره د شپږو د رسېدو د ځای او دا چې وپروس څرنگه خورېږي باندې پوهېدو کې مرسته کوي.

● شمېره او د کوڅې نوم \*

● ښار \*

● ایالت \*

● ZIP کوډ \*

□ زه ادرس نه لرم.

(که انتخاب شوی وي) پوه شوم. د ښار، ایالت، او ZIP کوډ اوس هم لازمي دي. مهرباني وکړئ د هغه ځای ZIP کوډ ورکړئ چیرته چې تاسو تر ټولو زیات وخت تېروئ.

### جنسیتي هویت

که تاسو غواړئ چې د خپل جنسیتي هویت په اړه معلومات اضافه کړئ، نو مهرباني وکړئ همداسې وکړئ. مونږ به ستاسو د تجربې د کیفیت د یقیني کولو لپاره هره هڅه وکړو.

● ښځینه

● نارینه

● نرېنځی

● نرېنځی

● جنډرکویر / د جنس نه خارج

● لېست شوی ندی

● ویل نه غواړم

### جنس \*

فدرالي مقررات لازمي دي چې مونږ د کلینکي معاینې د ترسره کولو لپاره جنس راغونډ کړو.

● ښځینه

● نارینه

● د جنس نه خارج

### نژاد یا قومیت \*

یو یا زیات غوراوي انتخاب کړئ. د امریکا متحده ایالتونو د ناروغیو کنترول او مخنیوي مرکزونو (CDC) لخوا یو ځواب لازمي دی. دا د روغتیا ریاست سره مرسته کوي چې ټوله ټولنه کې د کووید-19 پر اغېز پوهه شي.

● امریکایي انډین یا د الاسکا بومي

● اسیایي

○ کمبوډیایي

○ چینایي

○ فلپاینی

○ هندي

○ جاپانی

○ کوریایي

○ لاوشین

○ ویتنامي

● تورپوستی یا افریقایي امریکایي

● هسپانوی یا لاتینو

● مشرق وسطیایي

● شمالي افریقایي

● پیسیفیک آیلندر

○ گواماني

○ هوایي

○ سامووايي

● سپین پوستی

● بل

● نامعلوم

### د صحي بیمی معلومات

CDPH تاسو نه ددې معاینې لگښت نه اخلي، حتا که تاسو صحي بیمه هم نلرئ. د صحي بیمې معلومات ورکول د معاینې د لاسرسي وړ او د لگښتونو ټیټو ساتلو کې مرسته کولی شي. زما د معلوماتو په داخلولو سره، زه پوهېږم چې Color به دې فورمه کې زما معلومات او زما د معاینې نتیجې د کالیفورنیا د ایالت او د هغوی د ټاکلو استازو سره شریکوي تر څو هغوی زما د بیمې د شرکت څخه معاوضه وغواړي. زه واک ورکوم چې فواید د کالیفورنیا عامه روغتیا ریاست (CDPH) یا د هغوی استازو ته د تادیې وړ دي.

آیا تاسو د صحت بیمه لرئ؟ \*

هو، زه د صحت بیمه لرم.

نه، زه د صحت بیمه نه لرم.

که هر

تاسو کوم ډول بیمه لرئ؟ \*

- ميديکيډ (Medicare)
- ميديکيډ/ميديکال (Medi-Cal / Medicaid)
- تجارتي/بل
- نه پوهيږم

د بيمې پاليسي څښتن څوک دی؟ \*

- زه يم
- زما بنځه/مېره يا د ژوند شريک
- زما مور وپلار
- بل څوک

د بيمې معلومات

دا معلومات ستاسې د بيمې په کارت موندلی شي

- د بيمې د شرکت نوم \*
- د بيمې آی دی يا د پاليسي آی دي لمبر \*

که په خپله نه ياست:

- د بيمې پاليسي څښتن اول نوم \*
- د بيمې پاليسي څښتن اخري نوم \*
- د بيمې پاليسي څښتن د زېږېدنې ورځ \*

## For minors/guardianship

دا معاینه چا لپاره ده؟ \*

- زما خپل ځان لپاره
- یو زیرسن/سرپرستی لپاره

ناروغ دې سره ولې علاقه لري چې کووید-19 لپاره یې معاینه ترسره شي؟ \*

هغه ټول چې تطبیق کوي انتخاب کړی.

- ناروغ له یو داسې چا سره په اړیکه کې دی چې د کووید-19 لپاره معاینه یې مثبت ده.
- ناروغ له یو داسې چا سره په اړیکه کې دی چې ممکن کووید-19 ولري.
- د عامې روغتیا ریاست یو استازي له ناروغ څخه غوښتي چې ځان معاینه کړي.
- ناروغ د کووید-19 علامې لري یا یې درلودلي.
- د ناروغ کارفرما لازم کړېده چې ځان معاینه کړي.
- د ناروغ د کار د ډول له کبله ورته ویل شوي چې ځان معاینه کړي.
- د یو راتلونکي طبي عملیات لپاره ددې کول لازم دي.
- ناروغ په نږدې وخت کې سفر کړی دی.
- ناروغ د ویروس سره مخ شوی نه دی او یا علامې نه لري مگر غواړي معلومات وکړي.
- نور
- نه ویل غوره بولي.

آیا ناروغ دا مهال د کووید-19 سره مربوطې کومې علامې لري؟ \*

په نښو کې ممکن شامل وي تبه یا لرزه، توحی، د ستوني درد، ساه لنډي یا ساه ایستلو کې ستونزه، سر درد، د عضلاتو درد یا ځان درد، شدیدې ستړیا، د خوند یا بوي نوی دلاسه ورکول، اسهال، زړه بدې یا گانگې، بنده یا بهیدونکي پوزه، یا د اشتهای کمښت.

- هو
- نه

که هو. لطفأ کووید-19 سره مربوطې هغه ټولې علامې چې ناروغ ورسره دا مهال مخ دی مشخصې کړی. \*

هغه ټول چې تطبیق کوي انتخاب کړی. دا مونږ سره په دې خبره پوهېدو کې کومک کوي چې کووید-19 ستاسو په ټولنه څرنگه اغېز کوي.

- تبه یا لرزه

- توخی
- د ستوني درد
- سالنډي يا ساه کښلو کي ستونزه
- سردرد
- د عضلاتو درد يا ځان درد
- شديد سترتيا
- د خوند يا بوي نوي دلاسه ورکول
- اسهال
- زړه بدې يا گانگې
- بنده يا بهيدونکي پوزه
- نازک پوستکي
- د اشتها کمښت

که هو. د کووید-19 سره مربوطې علامې په ناروغ کې کله پيل شوي؟ \*

- په تيرو 24 ساعتونو کې
- په تيرو 24 څخه تر 72 ساعتونو کې
- په تيرو 4 څخه 7 ورځو کې
- له يوې اونۍ ډير دمخه
- له دوه اونيو ډير دمخه

آيا ناروغ کوم مزمنې طبي ستونزې لري چې د کووید-19 د سختې مريضې خطر زياتوي؟ \*

ددې په بېلگو کې شامل دي هايپر تينشن/د وينې جیگ فشار، ډيابيطس، د زړه مريضې، سالنډی، COPD، نورې تنفسي مريضې، او د کم بدني امنيت حالتونه (لکه ايچ آي وي).

- هو
- نه
- غوره بولي چې ونه وايي.

آيا ناروغ د يو اجتماعي استوگني د مرکز اوسېدونکي يا کارمند دی؟ \*

د اجتماعي استوگني په مرکزونو کې د پاملرني کورونه (نرسنگ هومز)، په کومک د استوگني مرکزونه، د بي کوره خلکو سرپناه ځايونه، د نجات مشنونه، تازه قيد شوي، ليلبي، نظامي بېرکونه، او داسې نور شامل دي.

● هو

● نه

آيا د ناروغ د اجتماعي استوگني مرکز کي وبا شيعو وه؟ \*

د شيعو تعريف د 14 ورځو مودې دننه د کوويد-19 لږ تر لږه 3 احتمالي يا تايد شوو پېښو په توگه شوی دی.

● هو

● نه

● زه نه پوهيرم

په تېرو دوو هفتو کي آيا ناروغ د داسې خلکو سره چې ورسره ژوند نه کوي د لاندې ډول غټو ډله بيزو غونډو (12+ کسان) کي گډون کړی دی؟ \*

هغه ټول چې تطبيق کوي انتخاب کړی.

● په داخل کي ديني عبادتونه

● بېرون ديني عبادتونه

● اعتراضې غونډې يا تظاهرات

● د مېلمستيا غونډې

● نورې د غټو ډلو غونډې

● ما دې ډول هيڅ غونډو کي گډون نه دی کړی

د ناروغ د انتخاب ژبه څه ده؟

اختياري. که تاسو يو داسې چا لپاره د ملاقات په جوړولو کي مرسته کوئ چې په انگليسي نه پوهېږي، نو مهرباني وکړئ مونږ خبر کړئ چې څه ډول ترجمان بايد موجود وي. لطفا ياد وساتئ چې د معاينې نتيجه په انگليسي او هسپانوي دواړو ژبو کي موجودې دي.

● عربي

● ارمني

● کنتوني

● انگليسي

● فارسي

● هندي

● همونگ

● جاپاني

- خمير
- کورپايي
- مام
- ماندرين
- هسپانوي
- پنجايي
- روسي
- تگالوگ
- تهايي
- وېتنامي
- بله

**مهرباني وکړئ د کووید-19 د معاینې لپاره نوملېکنه وکړئ.**

د کووید-19 معاینې لپاره ستاسو د نمونې راټولولو په موخه، مور ستاسو څخه یو څه معلوماتو ته اړتیا لرو.

**مهرباني وکړئ د کووید-19 د معاینې په اړه دې مهمو معلوماتو ته کتنه وکړئ.**

**دا معاینه معلوموي چې آیا تاسو د یوازې د معاینې په وخت کې SARS-CoV-2 (هغه ویروس چې کووید-19 رامینځته کوي) لری که نه.**

دا مرض سره د بدن د مقاومت یا دا چې آیا تاسو تېر وخت کې دا ویروس لرلو که نه معاینه نه کوي.

یوازې ډاکټر تاسو ته تشخیص درکولی شي. ډاکټر همداراز په دې اړه معلومات درکولی شي چې څرنگه د خپل ځان پاملرنه وکړئ او په مرض د نورو د ککړېدو څخه حفاظت کې مرسته وکړئ.

د منفي نتیجو معنا داده چې ویروس ندی کشف شوی.

که تاسو علامې لری نو یو ډاکټر سره تماس ونیسئ او پوښتنه ترې وکړئ چې آیا باید بیا مو معاینه وشي ځکه چې:

- کېدلی شي له معاینې وروسته درته ویروس لگېدلی وي.
- ستاسو د معاینې منفي نتیجه بنایي غلطه وه. غلطې منفي نتیجې ځکه رامینځته کېږي چې معاینې په کامل ډول دقیقې ندې.

شدید یا بدترېدونکې علامې

که تاسو یا داسې یو څوک چې تاسو یې پېژنئ له شدیدېو یا بدترېدونکو علامو سره مخ یاست، نو سمدستي د طبي پاملرنې غوښتنه وکړئ.

د امریکا متحده ایالتونو د ناروغیو کنټرول او مخنیوي مرکزونو (CDC) سپارښتنه ده هغه افراد دې چې په لاندې علامو کې کومه یوه لري سمدستي طبي توجو ترلاسه کړي:

- ساه اخیستلو کې ستونزه
- مداوم درد یا سینه کې فشار
- نوې گنگستیا
- د وینې پاتې کېدو یا خوب نه وروسته وینېدلو ناتواني
- شین رنگې شونډې یا مخ

Color طبي مشوره يا طبي پاملرنه نه ورکوي. د خپلو نتيجو لپاره ډاکټر سره تعقیبي اقداماتو لپاره تماس کې واوسئ.

ستاسو نتيجې به کله چې د قانون لخوا لازمي وي د عامه صحت د اهدافو لپاره له خاصو فدرالي، ايالتي او سيمه یيزو ادارو سره شریکول کېږي.

□ د ناروغ د موروپلار/سرپرست په حيث، زه تاییدوم چې ما د کوويډ-19 معلوماتي رضایت، د کوويډ-19 د خدمت شرطونه، او د حرمت د چارو خبرتيا لوستلي، پرې پوه شوی يم، او موافقه ورسره کوم.

□ زه واک ورکوم چې زما معلومات او نتيجې د صحي امنيت، او/يا کار/پنځو ته د ستنېدو په اړه د پرېکړو د لارښوونې په خاطر زما ادارې سره شریک کړی شي (د HIPAA بشپړ واک ولولئ). زه پوهېږم چې دا واک په هر ځل چې ددې پروگرام له لارې معاینه کېږم تطبیق کوي.

□ زه پوهېږم چې د ناروغ شخصي او روغتیا سره اړوند معلومات (زما د نتيجو په گډون) به د معاینې ځای کې د کلینکي او نورې عملې، او همدارنگه د کالیفورنیا عامه روغتیا ریاست، سره د درملنې او پاملرنې د ادامې د اهدافو لپاره شریکول کېږي.

مونږ د معاینې د ترسره کولو لپاره ځینو معلوماتو ته اړتیا لرو.

دې معلوماتو نه دي لپاره استفاده کېږي چې نتيجې چمتو کړی شي، او همداراز د ښار او ایالت د هغو چارواکو ملاتړ وکړی شي کوم چې په دې خبره پوهېدو لپاره ډاټا راغونډوي چې کوويډ-19 څرنگه په ټولنو اغېز کوي.

د ناروغ معلومات

- اول نوم \*
- منځنی نوم
- د کورنۍ نوم \*
- د زېږېدنې نېټه (مياشت/ورځ/کال) \*
- شمېره او د کوڅې نوم \*
- ښار \*
- ایالت \*
- ZIP کوډ \*



□ ناروغ ادرس نه لري.

(که انتخاب شوی وي) پوه شوم. د ښار، ایالت، او ZIP کوډ اوس هم لازمي دي. مهرباني وکړئ د هغه ځای ZIP کوډ ورکړئ چېرته چې تاسو تر ټولو زیات وخت تېروئ.

### جنسیتي هویت

که تاسو غواړئ چې د ناروغ جنسیتي هویت په اړه معلومات اضافه کړئ، نو مهرباني وکړئ همداسې وکړئ. مونږ به ستاسو د تجربې د کیفیت د یقیني کولو لپاره هره هڅه وکړو.

- ښځینه
- نارینه
- نرښځی
- نرښځی
- جنډرکویر / د جنس نه خارج
- لېست شوی ندی
- ویل نه غواړم

### جنس \*

فدرالي مقررات لازمي چې مونږ د کلینکي معاینې د ترسره کولو لپاره جنس راغونډ کړو.

- ښځینه
- نارینه
- د جنس نه خارج

### نژاد یا قومیت \*

یو یا زیات غوراوي انتخاب کړئ. د امریکا متحده ایالتونو د ناروغیو کنترول او مخنیوي مرکزونو (CDC) لخوا یو ځواب لازمي دی. دا د روغتیا ریاست سره مرسته کوي چې ټوله ټولنه کې د کووید-19 پر اغېز پوهه شي.

- امریکایي انډین یا د الاسکا بومي
- اسیایي

○ کمبوډیایي

○ چینایي

○ فلپاینی

○ هندي

○ جاپانی

○ کوریایي

○ لاوشين

○ ويتنامي

● توريستي يا افريقايي امريكايي

● هسپانوي يا لاتينو

● مشرق وسطايي

● شمالي افريقايي

● پيسفيک آيلنډر

○ گواماني

○ هوايي

○ سامووايي

● سپين پوستي

● بل

● نامعلوم

#### د موروپلار/سرپرست د تماس معلومات

دا معلومات به يوازي د دې ماشوم موروپلار/سرپرست سره د دوی د واکسينونو، او/يا معاینې پایلو په اړه ارتباط لپاره وکارول شي.

● اول نوم \*

● منځنی نوم

● د کورنی نوم \*

● هېواد

● تلیفون شمېره (موبايل ته ترجیح ده) \*

● ایمیل ادرس

□ تصدیق کوم چې زه د دې ناروغ موروپلار/سرپرست یم او دا چې زه قانوني واک لرم چې د ناروغ لپاره د کووید-19 نمونې راټولولو او معاینې کولو اړوند اجازه ورکړم.

#### د ناروغ د صحي بیمې په هکله مونږ ته یو څه معلومات راکړئ.

CDPH تاسو نه ددې معاینې لگښت نه اخلي، حتا که تاسو صحي بیمه هم نلرئ. د صحي بیمې معلومات ورکول د معاینې د لاسرسي وړ او د لگښتونو ټیټو ساتلو کې مرسته کولی شي. زما د معلوماتو په داخلولو سره، زه پوهېږم چې Color به دې فورمه کې زما معلومات او زما د معاینې نتيجه د کالیفورنیا د ایالت او د هغوی د ټاکلو استازو سره شریکوي تر څو هغوی زما د بیمې د شرکت څخه معاوضه وغواړي. زه واک ورکوم چې فواید د کالیفورنیا عامه روغتیا ریاست (CDPH) یا د هغوی استازو ته د تادیبي وړ دي.

آيا ناروغ د صحت بيمه لري؟ \*

هو، ناروغ د صحت بيمه لري.

نه، ناروغ د صحت بيمه نه لري.

که هر

ناروغ کوم ډول بيمه لري؟ \*

• ميډيکيډر (Medicare)

• ميډيکيډ/ميډيکال (Medi-Cal / Medicaid)

• تجارتي/بل

• نه پوهيږم

د بيمې پاليسي څښتن څوک دی؟ \*

• زه يم

• زما بنځه/مېره يا د ژوند شريک

• زما مور وپلار

• بل څوک

د بيمې معلومات

دا معلومات ستاسې د بيمې په کارت موندلی شي

• د بيمې د شرکت نوم \*

• د بيمې آی ډی یا د پاليسي آی ډي لمبر \*

که په خپله نه ياست:

• د بيمې پاليسي څښتن اول نوم \*

• د بيمې پاليسي څښتن اخري نوم \*

• د بيمې پاليسي څښتن د زېږېدنې ورځ \*