

أسئلة تسجيل المشاركين التابعين لوزارة الصحة العامة لولاية كاليفورنيا (CDPH) في برنامج Color

تعرض هذه الوثيقة الأسئلة التي تُوجه إلى المشاركين في فحص Color عند التسجيل من أجل إجراء فحص كوفيد-19.

للاطلاع على الأسئلة المخصصة للمشاركين الذين يقومون بالتسجيل بأنفسهم، انقر هنا أو انتقل إلى الصفحة 2.

للاطلاع على الأسئلة المخصصة للمشاركين القُصر أو الخاضعين للوصاية، انقر هنا أو انتقل إلى الصفحة 11.

تشير (*) إلى الحقول المطلوبة، رغم أنه في كثير من الأحيان، يكون أمامك خيار الإجابة بـ "أفضل عدم الإجابة" أو "لا أعرف"

من يخضع للفحص؟ *

- أنا
- قاصر/شخص خاضع للوصاية

لماذا أنت مهتم بالخضوع لفحص كوفيد-19؟ *

اختر كل ما ينطبق.

- لقد خالطت شخصًا جاءت نتيجة فحص كوفيد-19 الخاصة به إيجابية.
- لقد خالطت شخصًا قد يكون مصابًا بمرض كوفيد-19.
- لقد طلب مني أحد ممثلي وزارة الصحة العامة الخضوع للفحص.
- أنا مُصاب أو كنت مُصابًا بأعراض كوفيد-19.
- أُلزمني رب العمل بالخضوع للفحص.
- نُصحت بأن أخضع للفحص بسبب طبيعة العمل الذي أقوم به.
- كان ذلك لازمًا لإجراء طبي سأخضع له فيما بعد.
- لقد سافرت مؤخرًا.
- لم أتعرض للفيروس ولم أصب بأعراض ولكنني فقط أود أن أعرف النتيجة.
- غير ذلك
- أفضل عدم الإجابة.

هل تعاني حاليًا من أي أعراض مرتبطة بكوفيد-19؟ *

قد تتضمن الأعراض الحمى أو القشعريرة أو السعال أو التهاب الحلق أو ضيق النفس أو صعوبة التنفس أو الصداع أو ألم العضلات أو آلام في الجسم أو الإرهاق أو فقدان مستجد لحاسة التذوق أو الشم أو الإسهال أو الغثيان أو القيء أو الاحتقان أو سيلان الأنف أو حساسية الجلد أو انخفاض الشهية.

- نعم
- لا

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تحديد كل الأعراض المرتبطة بكوفيد-19 التي تعاني منها حاليًا. *

اختر كل ما ينطبق. يساعدنا ذلك على معرفة كيفية تأثير كوفيد-19 على المجتمع.

- حمّى أو قشعريرة
- سعال
- التهاب الحلق
- ضيق النفس أو صعوبة في التنفس

- صداع
- ألم العضلات أو آلام في الجسم
- إعياء
- فقدان مستجد لحاسة التذوق أو الشم
- إسهال
- غثيان أو تقيؤ
- احتقان أو سيلان في الأنف
- بشرة حساسة
- انخفاض في الشهية

إذا كانت الإجابة نعم، متى بدأت تعاني من الأعراض المرتبطة بكوفيد-19؟ *

- في الـ24 ساعة الماضية
- في الـ24 إلى 72 ساعة الماضية
- في الـ4 إلى 7 أيام الماضية
- أكثر من أسبوع مضى
- أكثر من أسبوعين ماضيين

هل أنت مُصاب بحالات طبية مزمنة تزيد من احتمال شدة مرض كوفيد-19؟ *

تتضمن الأمثلة ارتفاع ضغط الدم والسكري وأمراض القلب والربو وداء الانسداد الرئوي المزمن وغير ذلك من الأمراض التنفسية وحالات نقص المناعة (مثل فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)).

- نعم
- لا
- أفضل عدم الإجابة.

هل أنت حامل في الوقت الحالي؟ *

- نعم
- لا
- غير متأكدة.
- لا ينطبق هذا علي.

ما هو توجهك الجنسي؟ *

طلبت وزارة الصحة العامة لولاية كاليفورنيا هذه المعلومات.

- مستقيم أو مغاير جنسيًا
- مثلية الجنس
- مثلي الجنس أو ذو ميول جنسية مثلية
- ثنائي الميول الجنسية
- غير متأكد
- غير ذلك
- أفضل عدم الإجابة.

هل أنت موظف؟ *

ستساعد الأسئلة التالية حول عملك وظروف حياتك على دعم جهود تعقب المخالطين.

- نعم
- لا
- أفضل عدم الإجابة.

* إذا كانت الإجابة نعم. هل أنت عامل أساسي؟

يُرجى أن نخبرنا بالمنطقة الأساسية التي تعمل فيها، إن وُجدت. إجاباتك على هذه الأسئلة ستساعد الجهات المسؤولة على فهم كيفية انتشار الفيروس بين العاملين الأساسيين.

- الرعاية الصحية
- فرق الاستجابة الأولى
- خدمات اجتماعية أخرى
- خدمات السجن أو الحبس
- المرافق
- متجر البقالة أو البيع بالتجزئة
- مطعم
- تصنيع اللحوم
- الزراعة
- قطاع عام

- أعمال البناء
- قطاع التعليم أو رعاية الطفل
- سائق في النقل العام أو سيارات مشاركة الركوب
- عمل أساسي آخر
- لا شيء مما سبق
- أفضل عدم الإجابة.

* إذا كانت الإجابة نعم، هل تخالط أشخاصًا آخرين في مكان عملك؟

- لا، فأنا أعمل من المنزل/ بمفردي.
- نعم، فأنا أعمل مع الجمهور (الزبائن، العملاء، أفراد المجتمع، إلخ).
- نعم، فأنا أعمل برفقة زملاء العمل ولكنني لا أخالط الجمهور.
- أفضل عدم الإجابة.

إذا كانت الإجابة نعم، من هو رب عملك؟

- يُرجى أن تكتب الاسم التجاري لرب عملك. سيساعد ذلك في جهود تتبع المخالطة.
- اسم رب العمل

ما هو عنوان عملك؟ *

- إذا كنت تعمل في أكثر من موقع عمل، فلا تكتب إلا الموقع الذي تعمل فيه في أغلب الوقت.
- العنوان

هل أنت مقيم أو موظف في إحدى مرافق المعيشة الجماعية؟ *

تتضمن مرافق المعيشة الجماعية دور رعاية المسنين، ومرافق الرعاية الدائمة، وملاجئ المشردين، والمرافق التابعة لمهام الإنقاذ، والمرافق المخصصة للمحجوزين حديثًا، ومساكن الطلبة، والتكنات العسكرية، إلخ.

● نعم

● لا

هل حدث تفشي للمرض في مرفق المعيشة الجماعية لديك؟ *

يُعرّف تفشي المرض على أنه ما لا يقل عن 3 حالات مؤكدة أو محتملة الإصابة بمرض كوفيد-19 خلال فترة تبلغ 14 يومًا.

● نعم

- لا
- لا أعرف.

خلال الأسبوعين الماضيين، هل حضرت أيًا من أنواع التجمعات التالية التي تضم مجموعة كبيرة من الناس (أكثر من 12 فردًا) بصحبة أفراد لا تعيش معهم؟ *

اختر كل ما ينطبق.

- التجمعات الدينية في الأماكن الداخلية
- التجمعات الدينية في الأماكن الخارجية
- التظاهرات أو الاحتجاجات
- حفلات
- غير ذلك من التجمعات التي تضم مجموعة كبيرة من الناس
- لم أحضر أي تجمعات من هذا القبيل.
- أفضل عدم الإجابة.

ما اللغة التي تختارها؟

اختياري. إذا كنت تساعد شخصًا لا يتحدث الإنجليزية في الحصول على موعد، يُرجى أن نخبرنا باللغة التي تود توفير مترجم لها. يرجى الملاحظة أن نتائج الفحص متاحة باللغتين الإنجليزية والإسبانية.

- العربية
- الأرمنية
- الكانتونية
- الإنجليزية
- الفارسية
- الهندية
- الهونجية
- اليابانية
- الخميرية
- الكورية
- المامية
- الماندرين الصينية
- الإسبانية

- البنجابية
- الروسية
- التاغالوغية
- التايلاندية
- الفيتنامية
- غير ذلك

يُرجى التسجيل للخضوع لفحص كوفيد-19.

لنتمكن من جمع عينتك لإجراء فحص كوفيد-19، نحتاج إلى أن تمدنا ببعض المعلومات.

يُرجى مراجعة هذه المعلومات المهمة بشأن فحص كوفيد-19.

يكشف هذا الفحص عما إذا كنت مصابًا بفيروس SARS-CoV-2 (الفيروس المُسبب لمرض كوفيد-19) في وقت الفحص فقط.

وهو لا يحدد مناعتك أو يكشف عما إذا كنت قد أصبت بالفيروس فيما سبق.

إذا كانت النتائج الخاصة بك إيجابية، يرجى الاتصال بالطبيب فورًا.

الطبيب فقط هو من يمكنه تشخيصك. ويمكنه أيضًا أن يمدك بمعلومات تتعلق بكيفية

رعاية نفسك ومساعدتك على حماية الآخرين من العدوى.

النتائج السلبية تعني أنه لم يتم اكتشاف الفيروس.

إذا كنت تشعر بأعراض، فتواصل مع أحد الأطباء واسأله ما إذا كان ينبغي أن تخضع للفحص مرة أخرى للأسباب التالية:

- من المحتمل أن تكون قد أصبت بالفيروس بعد خضوعك للفحص.
- ربما كانت نتيجةك السلبية خاطئة. تظهر النتائج سلبية بالخطأ لأن الفحوصات ليست دقيقة تمامًا.

الأعراض الشديدة أو المتفاقمة

إذا كنت تعاني، أنت أو شخص تعرفه، من أعراض شديدة أو متفاقمة، فاطلب الرعاية الطبية على الفور.

توصي مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) الأمريكية بأن يحصل الأفراد المصابون بأي من الأعراض التالية على الرعاية الطبية على الفور:

- صعوبة في التنفس
- شعور بالألم أو ضغط مستمر في منطقة الصدر
- ارتباك حديث
- عدم القدرة على البقاء مستيقظًا أو الاستيقاظ بعد النوم

● زرقة الشفتين أو الوجه

لا يقدم Color أي مشورة طبية ولا يوفر أي رعاية طبية. تابع مع طبيبك بشأن نتائجك.

ستتم مشاركة نتائجك مع وكالات محلية أو حكومية أو فدرالية معينة لأغراض الصحة العامة عندما يكون ذلك مطلوبًا بموجب القانون.

□ أقر بأنني قد قرأت وفهمت ووافقت على [الموافقة المستتيرة الخاصة بكوفيد-19](#)، و [شروط الخدمة الخاصة بكوفيد-19](#) وإشعار [ممارسات الخصوصية](#)

□ أُمح التحويل بمشاركة معلوماتي ونتائج فحوصاتي مع المنظمة الخاصة بي للاسترشاد بها في اتخاذ القرارات الخاصة بسلامة الصحة و/أو العودة إلى العمل/المدرسة ([اقرأ تحويل HIPAA الكامل](#)). أدرك أن هذا التحويل ينطبق في كل مرة أخضع فيها للفحص من خلال هذا البرنامج.

□ أدرك أنه ستتم مشاركة معلوماتي الشخصية وتلك المتعلقة بصحتي (بما في ذلك نتائج الفحوصات) مع الطاقم الطبي وغيره من الموظفين في موقع إجراء الفحص، بالإضافة إلى وزارة الصحة العامة لولاية كاليفورنيا، وذلك لأغراض العلاج والرعاية خلال فترة المتابعة.

نحتاج إلى بعض المعلومات لإجراء هذا الفحص.

تُستخدم هذه المعلومات لإعداد النتائج، بالإضافة إلى دعم موظفي المدينة والولاية الذين يقومون بجمع البيانات لفهم كيفية تأثير كوفيد-19 على المجتمعات. من خلال التسجيل للخضوع للفحص باستخدام خدمة Color، أنت توافق على أن يتم التواصل معك بشأن فحص كوفيد-19.

معلومات الاتصال

لن يتم استخدام معلومات الاتصال هذه إلا للتواصل معك حول موعدك (مواعيدك)، و/أو اللقاحات، و/أو نتائج الفحص الخاصة بك.

● الدولة

● رقم الهاتف (الهاتف النقال المفضل) *

● عنوان البريد الإلكتروني

الاسم وتاريخ الميلاد

● الاسم الأول *

● الاسم الأوسط

● الاسم الأخير *

- تاريخ الميلاد (شهر، يوم، سنة) *

العنوان

معرفة العنوان الذي تعيش فيه حالياً يساعد موظفي المدينة والولاية على فهم مدى التفشي وكيفية انتشار الفيروس.

- عنوان الشارع *
- المدينة *
- الولاية *
- الرمز البريدي *

□ ليس لدي عنوان.

(عند التحديد) حسناً. لا تزال معلومات المدينة والولاية والرمز البريدي مطلوبة. يرجى تقديم رمز بريدي للمكان حيث تقضي معظم الوقت.

الهوية الجندرية

إذا كنت ترغب في إضافة معلومات حول هويتك الجندرية، فتفضل بإضافتها. سنبدل قصارى جهدنا لضمان أن تحصل على تجربة ذات جودة.

- أنثى
- ذكر
- أنثى متحولة
- ذكر متحول
- حر الهوية/ نوع غير الثنائية الجنسية
- ليس مذكوراً
- أفضل عدم الإجابة

الجنس *

تتطلب اللوائح الفدرالية أن نقوم بجمع المعلومات الخاصة بنوع الجنس من أجل مواصلة الفحص السريري.

- أنثى
- ذكر
- هوية غير الثنائية الجنسية

العرق أو الإثنية *

اختر خياراً واحداً أو أكثر. الإجابة عن هذا السؤال مطلوبة من قبل مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) الأمريكية.

فهذه المعلومات تساعد وزارة الصحة على فهم تأثير كوفيد-19 على مجتمعنا بأكمله.

● أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين

● آسيوي

○ كمبودي

○ صيني

○ فلبيني

○ هندي

○ ياباني

○ كوري

○ لاوي

○ فيتنامي

● أسود أو أمريكي إفريقي

● هسباني أو لاتيني

● شرق أوسطي

● من شمال إفريقيا

● من سكان جزر المحيط الهادي

○ غوامي

○ هاوائي

○ ساموي

● أبيض

● غير ذلك

● غير معروف

معلومات التأمين الصحي

لن تتقاضى وزارة الصحة العامة لولاية كاليفورنيا أي أموال منك مقابل هذا الفحص، بما في ذلك إذا كان ليس لديك تأمين صحي. تقديم معلومات التأمين الصحي يمكن أن يساعد على مواصلة إتاحة الفحص للجميع وخفض التكاليف.

بإدخال معلوماتي، أنا أفهم أن Color سيشارك المعلومات الواردة في هذا النموذج بالإضافة إلى نتائج فحصي مع ولاية كاليفورنيا ومن ينوب عنها حتى يتمكن من مطالبة شركة التأمين الخاصة بي باسترداد تكاليف الفحص.

أمنح التحويل بدفع الاستحقاقات إلى وزارة الصحة العامة لولاية كاليفورنيا (CDPH) أو من ينوب عنها.

هل لديك تأمين صحي؟ *

نعم، لدي تأمين صحي.

كلا، ليس لدي تأمين صحي.

إذا كانت الإجابة نعم.

ما هو نوع التأمين لديك؟ *

● مديكير

● مديكيد/ مديكال

● تجاري/غير ذلك

● لا أعرف

من هو حامل البوليصة؟ *

● أنا

● زوجي/زوجتي أو شريكي/شريكتي

● والدي

● شخص آخر

معلومات التأمين

يمكن العثور على هذه المعلومات على بطاقة التأمين الخاصة بك.

● اسم شركة التأمين*

● معرف التأمين أو رقم معرف بوليصة التأمين*

إذا لم تكن أنت حامل البوليصة:

● الاسم الأول لحامل البوليصة*

● الاسم الأخير لحامل البوليصة*

● تاريخ ميلاد حامل البوليصة*

من يخضع للفحص؟ *

● أنا

● قاصر/شخص خاضع للوصاية

لماذا المريض مهتم بالخضوع لفحص كوفيد-19؟ *

اختر كل ما ينطبق.

- لقد خالط المريض شخصًا جاءت نتيجة فحص كوفيد-19 الخاصة به إيجابية.
- لقد خالط المريض شخصًا قد يكون مصابًا بمرض كوفيد-19.
- لقد طلب أحد ممثلي وزارة الصحة العامة من المريض الخضوع للفحص.
- المريض مُصاب أو كان مُصابًا بأعراض كوفيد-19.
- كان ذلك لازمًا لإجراء طبي سيخضع له فيما بعد.
- سافر المريض مؤخرًا.
- لم يتعرض المريض للفيروس ولم يُصب بأعراض ولكنه فقط يود أن يعرف النتيجة.
- أفضل عدم الإجابة
- غير ذلك

هل يعاني المريض حاليًا من أي أعراض مرتبطة بكوفيد-19؟ *

قد تتضمن الأعراض الحمى أو القشعريرة أو السعال أو التهاب الحلق أو ضيق النفس أو صعوبة التنفس أو الصداع أو ألم العضلات أو آلام في الجسم أو الإرهاق أو فقدان مستجد لحاسة التذوق أو الشم أو الإسهال أو الغثيان أو القيء أو الاحتقان أو سيلان الأنف أو حساسية الجلد أو انخفاض في الشهية.

● نعم

● لا

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تحديد كل الأعراض المرتبطة بكوفيد-19 التي يعاني منها المريض حاليًا. *

اختر كل ما ينطبق. يساعدنا ذلك على معرفة كيفية تأثير كوفيد-19 على المجتمع.

- حمى أو قشعريرة
- سعال
- التهاب الحلق
- ضيق النفس أو صعوبة في التنفس
- صداع
- ألم العضلات أو آلام في الجسم
- إعياء
- فقدان مستجد لحاسة التذوق أو الشم
- إسهال
- غثيان أو تقيؤ
- احتقان أو سيلان في الأنف
- بشرة حساسة

● انخفاض في الشهية

إذا كانت الإجابة نعم، متى بدأ المريض يعاني من الأعراض المرتبطة بكوفيد-19؟ *

● في الـ24 ساعة الماضية

● في الـ24 إلى 72 ساعة الماضية

● في الـ4 إلى 7 أيام الماضية

● أكثر من أسبوع مضي

● أكثر من أسبوعين ماضيين

هل المريض مُصاب بحالات طبية مزمنة تزيد من احتمال شدة مرض كوفيد-19؟ *

تتضمن الأمثلة ارتفاع ضغط الدم والسكري وأمراض القلب والربو وداء الانسداد الرئوي المزمن وغير ذلك من الأمراض التنفسية وحالات نقص المناعة (مثل فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)).

● نعم

● لا

● أفضل عدم الإجابة

هل المريض مقيم أو موظف في إحدى مرافق المعيشة الجماعية؟ *

تتضمن مرافق المعيشة الجماعية دور رعاية المسنين، ومرافق الرعاية الدائمة، وملاجئ المشردين، والمرافق التابعة لمهام الإنقاذ، والمرافق المخصصة للمحجوزين حديثاً، ومساكن الطلبة، والتكنات العسكرية، إلخ.

● نعم

● لا

هل حدث تفشي للمرض في مرفق المعيشة الجماعية لدى المريض؟ *

يُعرّف تفشي المرض على أنه ما لا يقل عن 3 حالات مؤكدة أو محتملة الإصابة بمرض كوفيد-19 خلال فترة تبلغ 14 يوماً.

● نعم

● لا

● لا أعرف.

خلال الأسبوعين الماضيين، هل حضر المريض أيًا من أنواع التجمعات التالية التي تضم مجموعة كبيرة من الناس (أكثر من 12 فردًا) بصحبة أفراد لا يعيش معهم؟ *

اختر كل ما ينطبق.

● التجمعات الدينية في الأماكن الداخلية

- التجمعات الدينية في الأماكن الخارجية
- التظاهرات أو الاحتجاجات
- حفلات
- غير ذلك من التجمعات التي تضم مجموعة كبيرة من الناس
- لم أحضر أي تجمعات من هذا القبيل.
- أفضل عدم الإجابة

ما اللغة التي يختارها المريض؟

اختياري. إذا كنت تساعد شخصًا لا يتحدث الإنجليزية في الحصول على موعد، يُرجى أن نخبرنا باللغة التي تود توفير مترجم لها. يرجى الملاحظة أن نتائج الفحص متاحة باللغتين الإنجليزية والإسبانية.

- العربية
- الأرمينية
- الكانتونية
- الإنجليزية
- الفارسية
- الهندية
- الهونجية
- اليابانية
- الخميرية
- الكورية
- المامية
- الماندرين الصينية
- الإسبانية
- البنجابية
- الروسية
- التاغلوغية
- التايلاندية
- الفيتنامية
- غير ذلك

يُرجى التسجيل للخضوع لفحص كوفيد-19.

لنتمكن من جمع عينتك لإجراء فحص كوفيد-19، نحتاج إلى أن تمدنا ببعض المعلومات.

يُرجى مراجعة هذه المعلومات المهمة بشأن فحص كوفيد-19.

يكشف هذا الفحص عما إذا كنت مصابًا بفيروس SARS-CoV-2 (الفيروس المُسبب لمرض كوفيد-19) في وقت الفحص فقط. وهو لا يحدد مناعتك أو يكشف عما إذا كنت قد أصبت بالفيروس فيما سبق.

إذا كانت النتائج الخاصة بك إيجابية، يرجى الاتصال بالطبيب فورًا.

الطبيب فقط هو من يمكنه تشخيصك. ويمكنه أيضًا أن يمدك بمعلومات تتعلق بكيفية رعاية نفسك ومساعدتك على حماية الآخرين من العدوى.

النتائج السلبية تعني أنه لم يتم اكتشاف الفيروس.

إذا كنت تشعر بأعراض، فتواصل مع أحد الأطباء واسأله ما إذا كان ينبغي أن تخضع للفحص مرة أخرى للأسباب التالية:

- من المحتمل أن تكون قد أصبت بالفيروس بعد خضوعك للفحص.
- ربما كانت نتيجةك السلبية خاطئة. تظهر النتائج سلبية بالخطأ لأن الفحوصات ليست دقيقة تمامًا.

الأعراض الشديدة أو المتفاقمة

إذا كنت تعاني، أنت أو شخص تعرفه، من أعراض شديدة أو متفاقمة، فاطلب الرعاية الطبية على الفور.

توصي مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) الأمريكية بأن يحصل الأفراد المصابون بأي من الأعراض التالية على الرعاية الطبية على الفور:

- صعوبة في التنفس
- شعور بالألم أو ضغط مستمر في منطقة الصدر
- ارتباك حديث
- عدم القدرة على البقاء مستيقظًا أو الاستيقاظ بعد النوم
- زرقة الشفتين أو الوجه

لا يقدم Color أي مشورة طبية ولا يوفر أي رعاية طبية. تابع مع طبيبك بشأن نتائجك.

ستتم مشاركة نتائجك مع وكالات محلية أو حكومية أو فدرالية معينة لأغراض الصحة العامة عندما يكون ذلك مطلوبًا بموجب القانون.

□ بصفتي ولي أمر/الوصي على المريض، أقر بأنني قد قرأت وفهمت ووافقت على الموافقة المستنيرة الخاصة بكوفيد-19 وشروط

[الخدمة الخاصة بكوفيد-19](#)

□ أمّح التحويل بمشاركّة معلوماتي ونتائج فحوصاتي مع المنظمة الخاصة بي للاسترشاد بها في اتخاذا القرارات الخاصة بسلامة الصّحة و/أو العوادة إلى العمل/المدرسة (اقرأ [تحويل HIPAA الكامل](#)). أدرك أن هذا التحويل ينطبق في كل مرة أخضع فيها للفحص من خلال هذا البرنامج.

□ أدرك أنه ستمّ مشاركة معلومات المريض الشخصية وتلك المتعلقة بصحته (بما في ذلك نتائج الفحوصات) مع الطاقم الطبي وغيره من الموظفين في موقع إجراء الفحص، بالإضافة إلى وزارة الصحة العامة لولاية كاليفورنيا، وذلك لأغراض العلاج والرعاية خلال فترة المتابعة.

نحتاج إلى بعض المعلومات لإجراء هذا الفحص.

تُستخدم هذه المعلومات لإعداد النتائج، بالإضافة إلى دعم موظفي المدينة والولاية الذين يقومون بجمع البيانات لفهم كيفية تأثير كوفيد-19 على المجتمعات.

معلومات المريض

- الاسم الأول *
- الاسم الأوسط
- الاسم الأخير *
- تاريخ الميلاد (شهر، يوم، سنة) *
- عنوان الشارع *
- المدينة *
- الولاية *
- الرمز البريدي *

□ ليس لدى المريض عنوان.

(عند التحديد) حسناً. لا تزال معلومات المدينة والولاية والرمز البريدي مطلوبة. يرجى تقديم رمز بريدي حيث يقضي معظم الوقت.

الهوية الجندرية

إذا كنت ترغب في إضافة معلومات حول هوية المريض الجندرية، ففضل بإضافتها. سنبدل قصارى جهدنا لضمان أن يحصل على تجربة ذات جودة.

- أنثى
- ذكر
- أنثى متحوّلة
- ذكر متحوّل

- حر الهوية/ نوع غير الثنائية الجنسية
- ليس مذكورًا
- أفضل عدم الإجابة

* الجنس

تتطلب اللوائح الفدرالية أن نقوم بجمع المعلومات الخاصة بنوع الجنس من أجل مواصلة الفحص السريري.

- أنثى
- ذكر
- هوية غير الثنائية الجنسية

العرق أو الإثنية *

اختر خيارًا واحدًا أو أكثر. الإجابة عن هذا السؤال مطلوبة من قبل مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) الأمريكية. فهذه المعلومات تساعد وزارة الصحة على فهم تأثير كوفيد-19 على مجتمعنا بأكمله.

- أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين

- آسيوي

o كمبودي

o صيني

o فلبيني

o هندي

o ياباني

o كوري

o لاوي

o فيتنامي

- أسود أو أمريكي إفريقي

- هسباني أو لاتيني

- شرق أوسطي

- من شمال إفريقيا

- من سكان جزر المحيط الهادي

o غوامي

o هاوائي

o ساموي

- أبيض
- غير ذلك
- غير معروف

معلومات الاتصال بولي الأمر/الوصي

لن يتم استخدام معلومات الاتصال هذه إلا للتواصل مع ولي الأمر/ الوصي على القاصر حول اللقاحات و/أو نتائج الفحص الخاصة به.

- الاسم الأول *
- الحرف الأول من الاسم الأوسط
- الاسم الأخير *
- الدولة
- رقم الهاتف (الهاتف النقال المفضل) *
- عنوان البريد الإلكتروني *

أشهد أنني ولي أمر/الوصي على المريض وأنه لديّ السلطة القانونية للموافقة على جمع عينة من المريض وفحصها للكشف عن مرض كوفيد-19.

قدّم لنا بعض المعلومات حول التأمين الصحي للمريض.

لن تتقاضى وزارة الصحة العامة لولاية كاليفورنيا أي أموال منك مقابل هذا الفحص، بما في ذلك إذا كان ليس لديك تأمين صحي. تقديم معلومات التأمين الصحي يمكن أن يساعد على مواصلة إتاحة الفحص للجميع وخفض التكاليف.

بإدخال معلوماتي، أنا أفهم أن Color سيشارك المعلومات الواردة في هذا النموذج بالإضافة إلى نتائج فحصي مع ولاية كاليفورنيا ومن ينوب عنها حتى يتمكن من مطالبة شركة التأمين الخاصة بي باسترداد تكاليف الفحص.

أمنح التخويل بدفع الاستحقاقات إلى وزارة الصحة العامة لولاية كاليفورنيا (CDPH) أو من ينوب عنها.

هل لدي المريض تأمين صحي؟ *

نعم، لدى المريض تأمين صحي.

كلا، ليس لدى المريض تأمين صحي.

إذا كانت الإجابة نعم،

ما هو نوع التأمين لدى المريض؟ *

- مديكير
- مديكيد/ مديكال
- تجاري/غير ذلك
- لا أعرف

من هو حامل البوليصه؟ *

- أنا
- زوجي/زوجتي أو شريكي/شريكتي
- والدي
- شخص آخر

معلومات التأمين

يمكن العثور على هذه المعلومات على بطاقة التأمين الخاصة بك.

- اسم شركة التأمين *
- الرقم التعريفي للعضو *

إذا لم تكن أنت حامل البوليصه:

- الاسم الأول لحامل البوليصه *
- الاسم الأخير لحامل البوليصه *
- تاريخ ميلاد حامل البوليصه *