

# ዲ.ሲ. ሄልዚ ፋሚሊሲ

## የግል ዋስትና ፕሮግራም

የጤንነት መገምገሚያ ፎርም፡- የመድሃኒት ዋስትና ስርዓትን እና ስለ ስርዓቱ ስለ ሌሎችም ማስተናገድ እንዲችል እባክዎን የሚከተሉትን ስለ ስርዓት ስለ ሌሎችም የተጠየቁትን ጥያቄዎች ይመልሱ። ተጨማሪ ቦታ ካስፈለግዎት እባክዎን ወረቀት ይጨምሩ።

የቤት ዋና ሐላፊ ስም፡- \_\_\_\_\_ ቀን፡- \_\_\_\_\_

የሚዲኬድ ቁጥር \_\_\_\_\_ የሶሻል ሴክዩሪቲ ቁጥር \_\_\_\_\_

1. እርስዎ ወይም ቤተሰብዎ ውስጥ ያሉ ሰዎች በሚቀጥለው ወር ውስጥ የደክተር ቀጠሮ አልዎት/አላቸው? መልሱ አዎ ከሆነ ከዚህ በታች ያለውን ፎርም ይሙሉ፡-

የቤተሰብ ሰው ስም	የደክተሩ ስም	የቀጠሮ ቀን

2. እርስዎ ወይም ቤተሰብዎ ውስጥ ያለ ሰው ደክተር ያዘዘው/ያዘዘችው መድኃኒት ይወስዳሉ? መልሱ አዎ ከሆነ ከዚህ በታች ያለውን ፎርም ይሙሉ፡-

የቤተሰብ ሰው ስም	የመድኃኒቱ ስም	መድኃኒቱ የሚያልቅበት ቀን

3. እርስዎ ወይም ቤተሰብዎ ሰው እቤት ውስጥ ሕክምና ያገኛሉ? መልሱ አዎ ከሆነ ከዚህ በታች ያለውን ፎርም ይሙሉ፡-

የቤተሰብ ሰው ስም	የሕክምናው ዓይነት (የቤት ውስጥ ሕክምና፣ ወዘተ)

4. እርስዎ ወይም ቤተሰብዎ ውስጥ ያለ ሰው ነፍሰጡር ናት? መልሱ አዎ ከሆነ ከዚህ በታች ያለውን ፎርም ይሙሉ፡-

የቤተሰብ ሰው ስም	የደክተሩ ስም	ይወልዳሉ ተብሎ የሚጠበቅበት ቀን

5. እርስዎ ወይም ቤተሰብዎችም ባለፈው ደክተር ያያችሁት መቼ ነበር? ከዚህ በታች ያለውን ፎርም ይሙሉ፡-

የቤተሰብ ሰው ስም	የደክተሩ ስም	የቀጠሮ ቀን

6. እርስዎ ወይም ቤተሰብዎችም ባለፈው የጥርስ ሐኪም ያያችሁት መቼ ነበር? ከዚህ በታች ያለውን ፎርም ይሙሉ፡-

የቤተሰብ ሰው ስም	የጥርስ ሐኪሙ ስም	የቀጠሮ ቀን

7. የመድሃኒት ዋስትናው ማወቅ ያለበት እርስዎ ወይም ቤተሰብዎችም ያላችሁ የጤና ችግር ወይም ሕክምና አለ? መልሱ አዎ ከሆነ ከዚህ በታች ያለውን ፎርም ይሙሉ፡-

የቤተሰብ ሰው ስም	ለጤና ችግር የሚደረገውን ሕክምና ያብራሩ

አብሮ በተላከው ፖስታ ውስጥ መልሱ ይላኩት - ቱምብር አያስፈልግም። ወይም የእርዳታ መስመሩ ጋር በስልክ ቁጥር 202-639-4030 ይደውሉ። እናመሰግናለን።