

آپ کا نام \_\_\_\_\_

تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_ قد: \_\_\_\_\_ وزن: \_\_\_\_\_

فون (گھر): \_\_\_\_\_ سیل فون: \_\_\_\_\_

والدین/سرپرست کا نام: \_\_\_\_\_

فون: \_\_\_\_\_

بیمہ کمپنی \_\_\_\_\_

ID نمبر: \_\_\_\_\_ گروپ نمبر: \_\_\_\_\_

آپ کی مرکزی زبان یا بات چیت کا طریقہ: \_\_\_\_\_

نام: \_\_\_\_\_

رشتہ: \_\_\_\_\_ فون: \_\_\_\_\_

نام: \_\_\_\_\_

رشتہ: \_\_\_\_\_ فون: \_\_\_\_\_

نام: \_\_\_\_\_

رشتہ: \_\_\_\_\_ فون: \_\_\_\_\_

نام: \_\_\_\_\_

رشتہ: \_\_\_\_\_ فون: \_\_\_\_\_

خصوصی حفاظتی ہدایات، بحران کے منصوبے، یا ہاٹ لائن فون نمبر:

مخصوص حالات، علاج کی مشکلات، غیر معمولی نتائج، یا طبی یا پائیدار آلات استعمال کرنے کی ضرورت (قسم اور سائز):

اہم تشخیص: \_\_\_\_\_

دیگر تشخیص یا بڑی چوٹیں؟ \_\_\_\_\_

مخصوص حالات/ریمارکس: \_\_\_\_\_

الرجی (دوا، خوراک، ماحول، رابطہ، یا دیگر شامل کریں۔ بیان کریں کہ کیا ہوا ہے۔):

پرائمری ڈاکٹر کا نام: \_\_\_\_\_

پتہ: \_\_\_\_\_

فون: \_\_\_\_\_

ترجیحی ہاسپیٹل: \_\_\_\_\_

فارمیسی کا نام: \_\_\_\_\_

پتہ: \_\_\_\_\_

فون: \_\_\_\_\_

خصوصی ہسپتال: \_\_\_\_\_

دیگر نگہداشت صحت فراہم کنندگان (مثال کے طور پر، ماہرین، دانتوں کے ڈاکٹرز، معالجین، وغیرہ)

فراہم کنندہ کا نام:

قسم: فون:

فراہم کنندہ کا نام:

قسم: فون:

فراہم کنندہ کا نام:

قسم: فون:

تعداد

خوراک

دوا کا نام

مزید معلومات:

خاندان کے اراکین، سرپرست، یا دیگر کو آپ کے ڈاکٹر کے ساتھ آپ کی طبی معلومات پر بات کرنے کی اجازت ہے۔ (اگر 18 سال یا اس سے زیادہ عمر کا کوئی فرد ہو تو اسے HIPAA کے اس رازداری فارم میں شامل کریں جو آپ کا ڈاکٹر آپ کو دیتا ہے۔)

نام:

رشتہ: فون:

نام:

رشتہ: فون:

نام:

رشتہ: فون:

# H.I. Doc



اپنا کارڈ اپ ٹو ڈیٹ رکھیں۔ نیا کارڈ حاصل کرنے کے لیے، NYS محکمہ صحت کی ویب سائٹ ملاحظہ کریں: [#/health.ny.gov/community/special\\_needs](https://health.ny.gov/community/special_needs)

اس کارڈ کا مقصد معذور بچوں کے والدین اور معذور افراد کی صحت اور طبی معلومات کو منظم کرنے میں مدد کرنا ہے۔