



REFUGEE HEALTH ASSESSMENT SUMMARY

अर्को चरणहरू/ NEXT STEPS STE

<input type="checkbox"/> तपाईंको बीमा कार्डमा भएको नम्बरमा फोन गरेर तपाईंको डाक्टरसित समय लिनुस्। Call the number on your insurance card to schedule an appointment with your doctor. <input type="checkbox"/> तपाईंको अर्को भेट _____ (मिति/समय) मा _____ (उद्देश्य)का लागि हुन्छ। Your next appointment is on _____ (date/time) for _____ (purpose).	लिंग (Gender) <input type="checkbox"/> पुरुष (Male) <input type="checkbox"/> महिला (Female) निर्देशन गरिएअनुसार औषधी खानुस्। Take medication as directed	विदेशी # (Alien #) _____
नाम (धर, नाम, बीचको नाम) (Name (Last, First Middle)) _____ DOB (mm/dd/yyyy) _____ यदि तपाईंसित तपाईंका शरणार्थी स्वास्थ्य जाँच बारे कुनै प्रश्नहरू वा चासोहरू छन् भने, कृपया तपाईंको स्वास्थ्य जाँचको लागि तपाईंको डाक्टर वा नर्सलाई दिनुस्। If you have any questions or concerns about your refugee health assessment, please give a copy of this form to your doctor or nurse.	प्रायोजकको नाम र फोन # _____ (Sponsor Name and Phone #) _____ पनामा/स्वयंसेवा एजन्सी/Refugee Resettlement/Volunteer Agency _____ अमेरिका आइपगको मिति (Date of Arrival) _____ जन्म देश (Country of Birth) _____	मुद्दा व्यवस्थापकको नाम र फोन # (Case Manager Name and Phone #) _____ स्क्रिनिङ चिकित्सक/नर्स (Screening Physician/Nurse) _____

जाँचको नतिजाहरू/ASSESSMENT FINDINGS

निदान: (Diagnosis): शरणार्थी स्वास्थ्य जाँच पूरा भएको (Refugee Health Assessment completed) गर्भवती (Pregnancy) क्षयरोग (Tuberculosis)

असामान्य जाँच वा चिकित्सा इतिहास फेला परेको (तलको टिप्पणी हेर्नुहोला) (Abnormal exam or medical history findings) अप्रकट क्षयरोगको उपचार (Latent Tuberculosis Treatment)

ओभा वा परजीवीका लागि दिसा/सेरोलोजी सकारात्मक देखिएको Stool/Serology tested positive for ova or parasites) अन्य (Other) _____

प्रयोगशालामा आदेश दिइएको: (Labs Ordered) ओ र पीका लागि दिशा (Stool for O&P) खकार (Sputum) छातिको एक्स रे (Chest X-Ray) टाइटर्स खोप (Immunization Titers)

फरकसहित पूर्ण रक्त गणना(सीबीसी) (Complete Blood Count) रक्त लिड मात्रा (Blood Lead Level) कलेजो सञ्चालन परीक्षण (एलएफटी) (Liver Function Test)

एचआईभी परीक्षण हेपाटाइटिस बी एन्टिजेन (HIV Test) सिफलिस (आरपीआर) (Hepatitis B Antigen) गोनोरिया/क्लमिडिया (Gonorrhea/Chlymadia)

प्रयोगशाला नतिजा (स्वास्थ्य जाँच फाराम हेर्नुस्): (Lab Results(see Health Assessment Form):
 स्वास्थ्य जाँच फाराम संलग्न गरिएको छ? (Health Assessment Form Attached?) छ (Yes) छैन (No)

खोप दिइएको: (Immunizations Administered) एमएमआर (MMR) भेरीसेल्ला (Varicella) हेपाटाइटिस बी (Hepatitis B) डीटीएपी/टीडीएपी/टीडी (DTaP/Tdap/Td)

इन्फ्लुएन्जा (Influenza) ट्विनरिक्स (हेप ए र बी) (Twinrix Hep A&B) अन्य _____ (Other)

टाइटर्स खोप - विरुद्ध (Immunization Titers—Immune to:) दादुरा (Measles) हाँडे (Mumps) रुबेला (rubella) भेरीसेल्ला (Varicella) हेपाटाइटिस बी (Hepatitis B)

हेपाटाइटिस सी He(Hepatitis C)

सिफारिशहरू/REFERRALS

तपाईंलाई सिफारिश गरिएको छ: (You have been referred to:) थप चिकित्सा हेरचाहका लागि प्राथमिक हेरचाह प्रदायक (Primary Care Provider for further medical care)

दन्त चिकित्सक (Dentist) डब्ल्युआईसी/पोषणविद् (WIC/Nutritionist) अप्टोमेट्रिस्ट (Optometrist) ओबी/जीवाईएन (OBOB/GYN)

थप समीक्षा/उपचार सुरु गर्नका लागि एलएचडी टिबी कार्यक्रम (एलएचडी/अन्य सिफारिश केन्द्र: _____)

LHD TB Program for further evaluation/start medication (LHD/other referral center: _____) विशेषज्ञ _____ (Specialist for) अन्य _____ (Other)

कुनै पनि हैन NoneNone) तपाईंलाई अनुगमन भेटघाट जरुरी छ _____ भित्र _____ का लागि।
 (समय उल्लेख गर्नुस्) (उद्देश्य उल्लेख गर्नुस्)

You will need a follow-up appointment within _____ for _____.
 (specify timeframe) (specify purpose)

औषधी/ MEDICATIONS

औषधी प्रेस्क्राइब गरिएको छ? (Medications prescribed?) छ (Yes) छैन (No)

कृपया प्रेस्क्राइब गरिएका औषधीहरूका नाम सूचिकृत गर्नुस्: (Please list names of medications and reason prescribed:)

औषधीलाई एमसीओ फर्मुलरीविरुद्ध जाँच गरिएको हो? (Medications checked against MCO formulary?) हो (Yes) होइन (No)

NOTES

फाराम भर्ने व्यक्तिको नाम
Name of person completing the form

फाराम भर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर
Signature of person completing the form

मिति
Date