

আপনার নাম: _____

জন্ম তারিখ: _____ উচ্চতা: _____ ওজন: _____

ফোন (নিবাস): _____ মোবাইল ফোন: _____

পিতা-মাতা/অভিভাবকের নাম: _____

ফোন: _____

স্বাস্থ্য বীমা কো.: _____

আইডি নম্বর: _____ গ্রুপ # _____

আপনার প্রধান ভাষা অথবা কথাবার্তার উপায়: _____

নাম: _____

সম্পর্ক: _____ ফোন: _____

বিশেষ নিরাপত্তা নির্দেশ, সঙ্কটকালীন পরিকল্পনা অথবা হটলাইন ফোন#: _____

বিশেষ অবস্থা, চিকিৎসার প্রতিবন্ধকতা, অস্বাভাবিক উপলব্ধি অথবা চিকিৎসাগত অথবা টেকসই সরঞ্জাম ব্যবহার করার প্রয়োজন আছে (প্রকার এবং আকার) _____

প্রধান রোগ-নির্ণয়: _____

অন্যান্য রোগ-নির্ণয় অথবা প্রধান আঘাত? _____

বিশেষ অবস্থা/মন্তব্য: _____

অ্যালার্জি (ঔষধ, খাদ্য, পরিবেশ, যোগাযোগ, অথবা অন্যান্য কী ঘটছে বর্ণনা করুন।): _____

প্রাথমিক ডাক্তারের নাম: _____

ঠিকানা: _____

ফোন: _____

পছন্দের হাসপাতাল: _____

ফার্মাসির নাম: _____

ঠিকানা: _____

ফোন: _____

বিশেষ হাসপাতাল: _____

অন্যান্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী (উদাহরণস্বরূপ, বিশেষজ্ঞ, দন্তচিকিৎসক, থেরাপিস্ট ইত্যাদি)

প্রদানকারীর নাম: _____

প্রকার: _____ ফোন: _____

প্রদানকারীর নাম: _____

প্রকার: _____ ফোন: _____

প্রদানকারীর নাম: _____

প্রকার: _____ ফোন: _____

ঔষধের নাম	মাত্রা	খাওয়ার সংখ্যা
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

আরও তথ্য: _____

পরিবারের সদস্য, অভিভাবক অথবা অন্যান্যদের আপনার চিকিৎসকের সাথে আপনার চিকিৎসাগত তথ্য আলোচনা করার অনুমতি আছে। (যদি 18 বছর বা তার চেয়ে বেশী হয়, চিকিৎসক দ্বারা আপনাকে প্রদত্ত HIPAA গোপনীয়তা ফর্মে তাদেরকে অন্তর্ভুক্ত করুন।)

নাম: _____

সম্পর্ক: _____ ফোন: _____

নাম: _____

সম্পর্ক: _____ ফোন: _____

নাম: _____

সম্পর্ক: _____ ফোন: _____

H.I. Doc



আপনার কার্ড আপ টু ডেট রাখুন। একটি নতুন কার্ড পাওয়ার জন্য, NYS স্বাস্থ্য দপ্তরের ওয়েবসাইট health.ny.gov/community/special_needs/#-এ যান।

এই কার্ডের উদ্দেশ্য হল প্রতিবন্ধী বাচ্চাদের পিতা-মাতা এবং প্রতিবন্ধী লোকেরকে তাদের স্বাস্থ্য এবং চিকিৎসাগত তথ্য সংগঠিত রাখার জন্য সাহায্য করা।