



KFSH Experience تجربة التّفصلي

نموذج عضوية مشاركة المرضى وأسرهم لتحسين الرعاية المرتكزة على المريض  
MEMBERSHIP FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE APPLICATION FORM

Personal Profile		الملف الشخصي	
I am:		أنا:	
<input type="checkbox"/> A patient		<input type="checkbox"/> مريض	
<input type="checkbox"/> A family member of a patient (Please specify relationship to patient)		<input type="checkbox"/> أحد أفراد الأسرة للمريض (الرجاء توضيح صلة القرابة للمريض)	
_____		_____	
First Name:		الاسم الأول:	
Last Name:		الاسم الأخير:	
Patient's Medical Record Number (MRN):		الرقم الطبي للمريض:	
Date of Birth: _____ / _____ / _____ DD MM YYYY		تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ يوم شهر سنة	
Gender:		الجنس:	
<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> أنثى	<input type="checkbox"/> ذكر
Occupation:		المهنة:	
Language(s) You Speak:		أتحدث اللغة:	
<input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Other (Please Specify) _____		<input type="checkbox"/> العربية	<input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> أخرى (الرجاء التحديد) _____
Have you ever been an employee of King Faisal Specialist Hospital and Research Centre (General Organization)?		هل كنت أحد موظفي مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث (مؤسسة عامة)؟	
<input type="checkbox"/> Yes (Please list position or role) _____		<input type="checkbox"/> نعم (الرجاء ذكر الوظيفة)	<input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> No			
Contact Information		معلومات للاتصال	
Address:		العنوان:	
City:	Postal Code:	الرمز البريدي:	المدينة:
Home Phone:	Cell Phone:	الجوال:	هاتف المنزل:
Email Address:		البريد الإلكتروني:	
Emergency Contact Name: _____		للاتصال بشخص آخر عند الضرورة: الاسم: _____	
Phone: _____		الهاتف: _____	
Will you allow your contact information to be shared with other hospital employees?		هل تسمح بمشاركة معلومات الاتصال الخاصة بك مع منسوبي المؤسسة؟	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم



KFSH Experience تجربة التخصمي

نموذج عضوية مشاركة المرضى وأسرهم لتحسين الرعاية المرتكزة على المريض  
MEMBERSHIP FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE APPLICATION FORM

<b>Your Experience at King Faisal Specialist Hospital and Research Centre</b> (General Organization) (Check all that apply)	<b>تجربتك في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث (مؤسسة عامة):</b> (ضع علامة ✓ على كل ما ينطبق)
<p>My care is/was provided by:</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalization (Inpatient)</p> <p><input type="checkbox"/> Emergency Department Care</p> <p><input type="checkbox"/> Clinic Visit (Outpatient)</p> <p><input type="checkbox"/> Both Inpatient and Outpatient</p> <p><input type="checkbox"/> Other programs, departments, or services (Please specify) _____</p>	<p>تلقيت العلاج في:</p> <p><input type="checkbox"/> اجنحة التنويم</p> <p><input type="checkbox"/> قسم الطوارئ</p> <p><input type="checkbox"/> العيادات الخارجية</p> <p><input type="checkbox"/> جميعها</p> <p><input type="checkbox"/> اقسام اخرى ، (الرجاء التحديد) _____</p>
<p>The dates of your active care experience at of King Faisal Specialist Hospital and Research Centre (General Organization) include:</p> <p><input type="checkbox"/> Less Than 5 Years</p> <p><input type="checkbox"/> Between 5-10 Years</p> <p><input type="checkbox"/> More than 10 Years</p>	<p>مدة تجربتك الصحية في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث (مؤسسة عامة):</p> <p><input type="checkbox"/> اقل من 5 سنوات</p> <p><input type="checkbox"/> بين 5-10 سنوات</p> <p><input type="checkbox"/> اكثر من 10 سنوات</p>
<p>What care services have you or your family member used?</p> <p>We are Looking to our Council members to have a diversity of experience with King Faisal Specialist Hospital and Research Centre (General Organization), and appreciate your sharing any information. Please be assured that this Information is private and will be maintained as CONFIDENTIAL.</p> <p><input type="checkbox"/> Autoimmune</p> <p><input type="checkbox"/> Orthopedic</p> <p><input type="checkbox"/> Cardiology</p> <p><input type="checkbox"/> Infectious Disease</p> <p><input type="checkbox"/> Nephrology</p> <p><input type="checkbox"/> Medical Genetics</p> <p><input type="checkbox"/> Obstetrics and Gynecology</p> <p><input type="checkbox"/> Others (Please specify) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Gastroenterology</p> <p><input type="checkbox"/> Oncology</p> <p><input type="checkbox"/> Transplant</p> <p><input type="checkbox"/> Surgery</p> <p><input type="checkbox"/> Endocrinology</p> <p><input type="checkbox"/> Ear, Nose and Throat</p> <p><input type="checkbox"/> Pediatrics</p>	<p>تشمل فترة متابعتك / احد افراد اسرتك في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث (مؤسسة عامة):</p> <p>ونتطلع إلى مشاركة أعضاء المجلس الذين لديهم تجارب مختلفة لدى مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث (مؤسسة العامة)، ونؤكد لكم بان سوف يتم التعامل مع المعلومات الخاصة بك بسرية تامة</p> <p><input type="checkbox"/> أمراض الجهاز الهضمي</p> <p><input type="checkbox"/> الأورام</p> <p><input type="checkbox"/> الزراعة</p> <p><input type="checkbox"/> الجراحة</p> <p><input type="checkbox"/> الغدد</p> <p><input type="checkbox"/> أنف وأذن وحنجرة</p> <p><input type="checkbox"/> الأطفال</p> <p><input type="checkbox"/> المناعة</p> <p><input type="checkbox"/> العظام</p> <p><input type="checkbox"/> القلب</p> <p><input type="checkbox"/> الأمراض المعدية</p> <p><input type="checkbox"/> الكلى</p> <p><input type="checkbox"/> علم الوراثة</p> <p><input type="checkbox"/> النساء والولادة</p> <p><input type="checkbox"/> أخرى (الرجاء التحديد) _____</p>
<b>Attendance Time</b>	<b>وقت الحضور</b>
<p>Times when you are able to attend meeting: (Check all the apply)</p> <p><input type="checkbox"/> Daytime</p> <p><input type="checkbox"/> Evening</p> <p><input type="checkbox"/> Weekend</p>	<p>الوقت الذي تستطيع فيه أن تحضر الاجتماع: (ضع علامة على جميع الأوقات المطابقة)</p> <p><input type="checkbox"/> الصباح</p> <p><input type="checkbox"/> المساء</p> <p><input type="checkbox"/> عطلة نهاية الأسبوع</p>



KFSH Experience تجربة الانتماء

نموذج عضوية مشاركة المرضى وأسرهم لتحسين الرعاية المرتكزة على المريض  
MEMBERSHIP FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE APPLICATION FORM

Statement of Interest

الغرض من الانضمام

Please briefly indicate why you are interested in becoming a Patient member:

الرجاء التوضيح باختصار لماذا ترغب في تمثيل المرضى:

Acknowledgment

الاقرار

By submitting this application, I acknowledge that I have provided accurate information to the best of my ability:

بارسال هذا الطلب أؤكد أنني قدمت معلومات صحيحة:

Name:  
Signature:

الاسم:  
التوقيع: