



Alameda Alliance for Health

برنامه‌ها و مطالب سلامت

فرم درخواست عضویت – Alameda Alliance for Health (Alliance) آموزش‌های بهداشتی را به صورت رایگان ارائه می‌دهد. ما می‌خواهیم شما با داشتن بهترین اطلاعات ممکن، مسئولیت سلامت خود را بر عهده بگیرید. لطفاً از موضوعات زیر، مطالب کتبی مورد نظرتان برای ارسال را انتخاب کنید. لطفاً برای درخواست این مطالب در قالب‌های دیگر با ما تماس بگیرید. اطلاعات و ابزارهای بیشتر برای داشتن زندگی سالم را می‌توانید در وبسایت www.alamedaalliance.org در دسترس است.

ارجاع به کلاس‌های آموزشی و برنامه‌ها



- ☐ آسم
- ☐ حمایت از شیردهی
- ☐ احیای قلبی ریوی (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR)
- ☐ کمک‌های اولیه
- ☐ دیابت
- ☐ برنامه پیشگیری از دیابت (پیش دیابت)
- ☐ تغذیه سالم، ورزش و وزن
- ☐ سلامت قلب
- ☐ فرزندپروری
- ☐ بارداری و زایمان
- ☐ ترک سیگار
- ☐ (ما با Kick It California همکاری می‌کنیم. اگر این کادر سلامت زده شود، آن‌ها مستقیماً با عضو تماس خواهند گرفت. یک شماره تلفن معتبر الزامی است.)

شناسه درمانی



- ☐ نوع شناسه را انتخاب کنید:
- ☐ دستبند ☐ گردنبند
- ☐ عارضه(ها) را انتخاب کنید:
- ☐ آسم
- ☐ کودک ☐ بزرگسال
- ☐ دیابت ☐ کودک ☐ بزرگسال

مطالب کتبی

- ☐ وصیتنامه پزشکی (وکالت امور پزشکی)
- ☐ مصرف الکل و سایر مواد
- ☐ اضطراب، افسردگی و استرس
- ☐ کودک ☐ نوجوان ☐ بزرگسال
- ☐ تحلیل رفتار کاربردی (Applied Behavior Analysis, ABA)
- ☐ آسم
- ☐ کمر درد
- ☐ کنترل بارداری
- ☐ بیماری مزمن انسداد ریه (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)
- ☐ دیابت
- ☐ خشونت خانگی
- ☐ تغذیه سالم، ورزش و وزن
- ☐ کودک ☐ بزرگسال
- ☐ سلامت قلب
- ☐ فرزندپروری
- ☐ بارداری
- ☐ مراقبت‌های پیشگیرانه
- ☐ ترک سیگار
- ☐ ایمنی
- ☐ کودک ☐ بزرگسال
- ☐ سلامت جنسی

نام (شخص متقاضی): _____ زبان نوشتاری: _____

شماره شناسایی عضو Alliance: _____ زبان گفتاری: _____

نام کودک (در صورت اعمال) _____

شماره شناسایی عضویت کودک: _____

نشانی: _____

شهر: _____ کد پستی: _____

امضاء: _____

(امضای ولی/سرپرست قانونی در صورتی که به جای کودک امضاء می‌کند)

مطالب آموزشی درخواستی به آدرس شما پست می‌شود. آیا روش‌های دیگری برای تماس Alliance با شما وجود دارد؟

لطفاً تمام موارد مربوطه را انتخاب کنید:

☐ تلفن: _____

☐ ایمیل: _____

☐ پیامک: _____

ALAMEDA
Alliance
FOR HEALTH

HE_MBR_WPM REQ FORM 08/2024
HED W-1 07/2024

شما می‌توانید به فرم آنلاین موجود در درگاه اعضای Alliance در وبسایت www.alamedaalliance.org دسترسی داشته باشید، یا یک فرم تکمیل شده را به آدرس زیر پست کنید:

برنامه‌های سلامت Alliance • 1240 South Loop Road, Alameda, CA 94502

شماره تلفن: 1.510.747.4577 • خط تلفن رایگان: 1.855.891.9169

افراد دارای اختلال شنوایی و گفتاری (TTY/CRS): 1.800.735.2929/711