



## Registration intake form

## بيانات التسجيل

- 1- Booking appointment in initial screening clinic. 1 - حجز موعد العيادة الأولية
- 2- patient must arrive 15 mins early to complete the registration intake form. 2 - يجب الحضور قبل الموعد بـ 15 دقيقة تعبئة نموذج بيانات التسجيل
- 3- Senior therapist will evaluate patients with a standardization assessment. 3 - سيتم تقييم الطفل تحت مقاييس عالمية بإشراف نخبة من الأخصائيين
- 4- Senior therapist will decide what is suitable for your kid, either outpatient package or programs. 4 - في العيادة الأولية سيتم تحديد ما يتناسب مع حالة الطفل إما باقات علاجية او برامج
- 5- Depending on the service type you will sign a consent form. 5 - على حسب نوع البرنامج سيطلب توقيع الاقرار المخصص
- 6- You will have a tour of Maria Center facilities. 6 - جولة في مرافق المركز
- 7- If your kid fits into one of the programs, he/she will be evaluated by the supervisor of each department. 7 - في حال تم قبول طفلك في أحد البرامج سوف يتم تقييمه من قبل مشرفي كل قسم
- 8- The number of sessions will be decided by supervisors. 8 - عدد الجلسات سيتم تحديدها من قبل مشرف القسم
- 9- On the first day with your kid may request parent to attend the session rather than parent will wait their child on waiting area if its program, outpatient parent allowed to attend all session because of their kid conditions. 9 اول يوم للطفل سيطلب من الأهل حضور الجلسات بعد ذلك انتظار الطفل في منطقة الانتظار، بينما اطفال الباقات يسمح لذويهم حضور الجلسات بسبب الحالة الصحية للطفل
- 10- A monthly report will be sent on the child's development and their progress. 10- سيتم إرسال تقرير شهري لتطور الطفل
- 11- A monthly meeting with all specialists at every end of the month and will be informed by the reception staff. 11- سوف يعقد لقاء شهري مع جميع الأخصائيين كل نهاية شهر ميلادي وسيبلغ من قبل طاقم الاستقبال
- 12- To meet the therapist please book an appointment with the receptionist. 12- عند الرغبة في اجتماع إضافي مع أخصائي يتوجب تنسيق موعد مع موظف الاستقبال







## Registration intake form

## بيانات التسجيل

### Personal information

Patient Name

Patient age

Diagnoses

Was the patient under medication?

Date

### البيانات الشخصية

اسم الطفل

عمر الطفل

التشخيص

هل المريض تحت علاج دوائي؟

التاريخ

### Social information

### الحالة الاجتماعية

1- Marital Status:

2- With whom does a child live?

3- Do you have insurance?

4- (Insurance company name-class)

5- Similar case in family?

6- Has your child received rehabilitation service?

To raise the efficiency of communication The

7- child will attend with

1- الحالة الاجتماعية للأهل

2- مع من يعيش الطفل

3- هل يوجد لديه تأمين صحي

4- ارجو ذكر الشركة مع فئة التأمين

5- هل توجد حالات مشابهة في العائلة؟

6- هل تلقى طفلك خدمات تأهيلية من قبل؟

لرفع كفاءة التواصل سيتواجد الطفل بعد التسجيل في

7- المركز برفقة من؟

### Parent Approval

### إقرار الاهل

Caregiver to patient

That all the above information is correct.

Mobile Number

Signature

Date

أقر أنا ولي أمر الطفل

على صحة جميع المعلومات أعلاه

رقم الجوال

التوقيع

التاريخ

