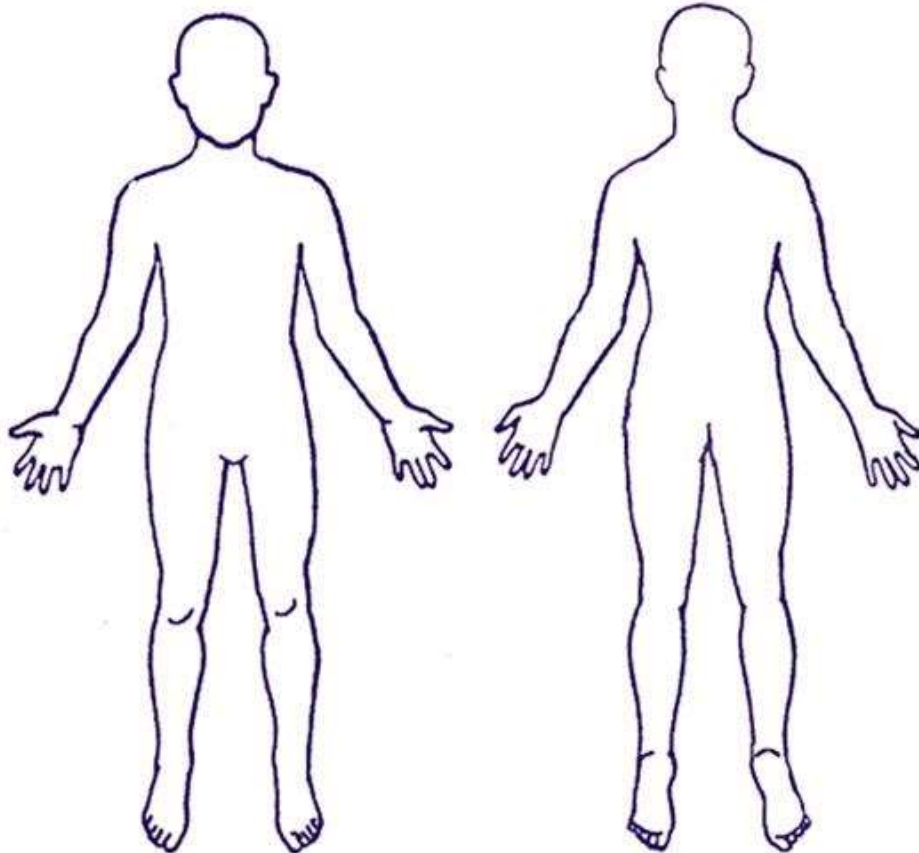


English	Spanish / Inglés
<p>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</p>	<p>Cuestionario para pacientes inmigrantes recién llegados al Reino Unido: niños y jóvenes</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP</p> <p>This questionnaire is to collect information about children's health so that the health professionals at your GP practice can understand what support, treatment and specialist services they may need in accordance with the confidentiality and data sharing policies of the National Health Service.</p> <p>Competent young people aged under 18 may complete the adult version for themselves.</p> <p>Your GP will not disclose any information you provide for purposes other than your direct care unless: you have consented (e.g. to support medical research); or they are required to do so by law (e.g. to protect other people from serious harm); or because there is an overriding public interest (e.g. you are suffering from a communicable disease). Further information about how your GP will use your information is available from your GP practice.</p> <p>Return your answers to your GP practice.</p>	<p>Todo el mundo tiene derecho a inscribirse en un médico de cabecera. Para inscribirse en un médico de cabecera no necesita justificante de domicilio, condición de inmigrante, documento de identidad ni número del NHS (National Health Service, Servicio Nacional de Salud de Inglaterra)</p> <p>El objetivo de este cuestionario es recoger información sobre su salud para que los profesionales de su centro de atención primaria puedan entender qué tipo de apoyo, tratamiento y servicios especializados puede necesitar, de acuerdo con las políticas de confidencialidad e intercambio de datos del National Health Service.</p> <p>Los jóvenes menores de 18 años competentes pueden cumplimentar ellos mismos la versión para adultos.</p> <p>Su médico de cabecera no divulgará ninguna información que usted le proporcione para fines distintos de su atención directa, a menos que: usted haya dado su consentimiento (por ejemplo, para apoyar la investigación médica); o esté obligado a hacerlo por ley (por ejemplo, para proteger a otras personas de daños graves); o porque exista un interés público superior (por ejemplo, si padece una enfermedad transmisible). Para más información sobre el uso que su médico de cabecera hará de sus datos, diríjase a su centro de atención primaria.</p> <p>Devuelva las respuestas a su centro de atención primaria.</p>

Person completing	Persona que completa el formulario
Who is completing this form: <input type="checkbox"/> Child's Parent <input type="checkbox"/> Child's legal guardian/carer	Quién completa este formulario: <input type="checkbox"/> Padre/madre del niño/a <input type="checkbox"/> Tutor legal / cuidador del niño/a
Section one: Personal details	Apartado uno: Información personal
Child's full name:	Nombre y apellidos del niño/a:
Child's date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	Fecha de nacimiento del niño/a: Día _____ Mes _____ Año _____
Child's address:	Dirección del niño/a:
Mother's name:	Nombre de la madre:
Father's name:	Nombre del padre:
Contact telephone number(s):	Número(s) de teléfono de contacto:
Email address:	Dirección de correo electrónico:
Please tick all the answer boxes that apply to your child.	Señale todas las casillas que correspondan para su hijo/a.
1.1 Which of the following best describes your child:	1.1Cuál de las siguientes opciones describe mejor a su hijo/a:

<input type="checkbox"/> How many? _____ <input type="checkbox"/> What age(s)? _____ <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> How many? _____	<input type="checkbox"/> Hermana(s) <input type="checkbox"/> ¿Cuántas? _____ <input type="checkbox"/> ¿De qué edad(es)? _____ <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____
<p>1.8 Does your child attend nursery or school?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> My child is under 2 years of age <input type="checkbox"/> We have applied for a place but have not yet been allocated a nursery/school <input type="checkbox"/> I would like information on where I can get support to apply for a nursery or school place <input type="checkbox"/> Yes – <i>please give name of nursery or school</i> _____	<p>1.8 ¿Su hijo/a asiste a una guardería o escuela?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Mi hijo/a tiene menos de 2 años <input type="checkbox"/> Hemos solicitado una plaza pero aún no se nos ha asignado una guardería/escuela <input type="checkbox"/> Quisiera información sobre dónde puedo obtener ayuda para solicitar una plaza en una guardería o en una escuela <input type="checkbox"/> Sí – <i>proporcione el nombre de la guardería o escuela</i> _____
<p>Section two: Health questions</p>	<p>Apartado dos: Preguntas sobre la salud</p>
<p>2.1 Do you have any concerns about your child?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.1 ¿Le preocupa algo de su hijo/a?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<p>2.2 Is your child currently unwell or ill?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.2 ¿Su hijo/a se encuentra actualmente con molestias o enfermo?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<p>2.3 Does your child need an urgent help for a health problem?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.3 ¿Su hijo/a necesita ayuda urgente relacionada con un problema de salud?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<p>2.4 Does your child currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply</p> <input type="checkbox"/> Weight loss <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Coughing up blood <input type="checkbox"/> Night sweats <input type="checkbox"/> Extreme tiredness	<p>2.4 ¿Su hijo/a tiene actualmente alguno de estos síntomas? Señale todo lo que corresponda</p> <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Tos con sangre <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Cansancio extremo

<input type="checkbox"/> Breathing problems <input type="checkbox"/> Fevers <input type="checkbox"/> Diarrhoea <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes <input type="checkbox"/> Blood in their urine <input type="checkbox"/> Blood in their stool <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Low mood <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares <input type="checkbox"/> Difficulty sleeping <input type="checkbox"/> Feeling that they want to harm themselves or give up on life <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Dolencias o picores cutáneos <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Sangre en las heces <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Ánimo bajo <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Recuerdos o pesadillas angustiosos <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir <input type="checkbox"/> Siente que quiere lesionarse o acabar con su vida <input type="checkbox"/> Otros
<p>2.5 Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s)</p>	<p>2.5 Marque en la imagen corporal la(s) zona(s) en la(s) que tiene su(s) problema(s) de salud actual(es)</p>



<p>2.6 Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)?</p> <input type="checkbox"/> No	<p>2.6 ¿Su hijo nació prematuramente (antes de las 37 semanas / 8,5 meses de embarazo)?</p> <input type="checkbox"/> No
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Sí
<p>2.7 Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.7 ¿Tuvo su hijo algún problema de salud poco después del parto, por ejemplo, problemas respiratorios, infección, lesión cerebral?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<p>2.8 New babies only (up to 3 months old): Has your child had a 6-8 week post delivery health check by a GP (doctor)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.8 Solo recién nacidos (hasta 3 meses): ¿Se ha sometido su hijo a una revisión médica a las 6-8 semanas de nacer?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<p>2.9 Does your child have any known health problems?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.9 ¿Su hijo/a tiene algún problema de salud conocido?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<p>2.10 Does your child have any of the following? Please tick all that apply</p> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Blood disorder <input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia <input type="checkbox"/> Thalassaemia <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Dental problems <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Eye problems <input type="checkbox"/> Ears, nose or throat <input type="checkbox"/> Heart problems <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <input type="checkbox"/> Mental health problems <input type="checkbox"/> Low mood/depression <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD) <input type="checkbox"/> Previously self-harmed <input type="checkbox"/> Attempted suicide <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Skin disease <input type="checkbox"/> Thyroid disease <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)	<p>2.10 ¿Su hijo/a tiene alguna de estas enfermedades? Señale todo lo que corresponda</p> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre <input type="checkbox"/> Drepanocitosis <input type="checkbox"/> Talasemia <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Problemas dentales <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Problemas de visión <input type="checkbox"/> Oído, nariz o garganta <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Problemas del riñón <input type="checkbox"/> Problemas del hígado <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental <input type="checkbox"/> Ánimo bajo / depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Trastorno por estrés postraumático (PTSD) <input type="checkbox"/> Autolesiones anteriores <input type="checkbox"/> Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides

<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Otros
2.11 Has your child ever had any operations / surgery? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.11 ¿Su hijo/a se ha sometido a alguna operación/cirugía? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.12 Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.12 ¿Su hijo/a tiene alguna lesión física por motivos de guerra, conflicto o tortura? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.13 Does your child have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.13 ¿Su hijo/a tiene algún problema de salud mental? Puede ser por motivos de guerra, conflicto, tortura o por verse obligado a huir de su país... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.14 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.14 ¿Su hijo/a tiene alguna discapacidad física o dificultades de movilidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.15 Does your child have any sensory impairments? Please tick all that apply <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Blindness <input type="checkbox"/> Partial sight loss <input type="checkbox"/> Full hearing loss <input type="checkbox"/> Partial hearing loss <input type="checkbox"/> Smell and/or taste problems	2.15 ¿Su hijo/a tiene alguna discapacidad sensorial? Señale todo lo que corresponda <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Pérdida parcial de la vista <input type="checkbox"/> Pérdida total de la audición <input type="checkbox"/> Pérdida parcial de la audición <input type="checkbox"/> Problemas del olfato o del gusto
2.16 Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.16 ¿Cree que su hijo/a tiene algún problema de aprendizaje o de conducta? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.17 Do you have any concerns about your child's growth e.g. their weight/height? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.17 ¿Le preocupa el crecimiento de su hijo/a? (por ejemplo su peso/altura) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.18 Babies only: Is your child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.18 Solo bebés: ¿Su hijo/a tiene algún problema de alimentación (vómitos, reflujo, rechazo de la leche)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

<p>2.19 Has a member of your child's immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Learning difficulties <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other 	<p>2.19 ¿Algún miembro de la familia directa (padre, madre, hermanos y abuelos) de su hijo/a ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Depresión / enfermedad de la salud mental <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Dificultades de aprendizaje <input type="checkbox"/> Ictus <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Otros 								
<p>2.20 Is your child on any prescribed medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list your child's prescribed medicines and doses in the box below</i></p> <p>Please bring any prescriptions or medicines to your child's appointment</p> <table border="1" data-bbox="151 1299 778 1736"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.20 ¿Su hijo/a recibe alguna medicación con receta?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí –<i>enumere los medicamentos recetados y las dosis en la siguiente casilla</i></p> <p>Lleve las recetas y los medicamentos a la consulta de su hijo/a</p> <table border="1" data-bbox="826 1299 1453 1736"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Dosis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nombre	Dosis		
Name	Dose								
Nombre	Dosis								
<p>2.21 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.21 ¿Le preocupa quedarse sin alguno de estos medicamentos en las próximas semanas?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>								

<p>2.22 Does your child take any medicines that have not been prescribed by a health professional e.g medicines you have bought at a pharmacy/shop/on the internet or had delivered from overseas?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list medicines and doses in the box below</i></p> <p>Please bring any medicines to your child’s appointment</p> <table border="1" data-bbox="150 692 777 1122"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 692 564 730">Name</th> <th data-bbox="564 692 777 730">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 730 564 1122"></td> <td data-bbox="564 730 777 1122"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.22 ¿Su hijo/a toma algún medicamento que no le haya recetado un médico, por ejemplo: medicamentos comprados en una farmacia / tienda / por internet o que le hayan enviado desde el extranjero?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí –<i>enumere los medicamentos y las dosis en la siguiente casilla</i></p> <p>Lleve los medicamentos a la consulta de su hijo/a</p> <table border="1" data-bbox="825 692 1452 1122"> <thead> <tr> <th data-bbox="825 692 1240 730">Nombre</th> <th data-bbox="1240 692 1452 730">Dosis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="825 730 1240 1122"></td> <td data-bbox="1240 730 1452 1122"></td> </tr> </tbody> </table>	Nombre	Dosis		
Name	Dose								
Nombre	Dosis								
<p>2.23 Does your child have allergy to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.23 ¿Su hijo/a es alérgico/a a algún medicamento?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>								
<p>2.24 Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.24 ¿Su hijo/a tiene alergia a algo más (como algún alimento, picadura de insectos, guantes de látex)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>								
<p>Section three: Vaccinations</p>	<p>Apartado tres: Vacunas</p>								
<p>3.1 Has your child had all the childhood vaccinations offered in their country of origin for their age? If you have a record of your vaccination history, please bring this to your appointment.</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don’t know</p>	<p>3.1 ¿Su hijo ha recibido todas las vacunas infantiles que se ofrecen en su país de origen para su edad? Si tiene un registro de su historial de vacunación, por favor llévelo a la consulta.</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No lo sé</p>								

<p>3.2 Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.2 ¿Su hijo/a ha recibido la vacuna de la tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé</p>
<p>3.3 Has your child been vaccinated against COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1 dose</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 2 doses</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 3 doses</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.3 ¿Su hijo/a ha recibido la vacuna contra el COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1 dosis</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 2 dosis</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 3 dosis</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Más de 3 dosis</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé</p>
<p>If there is something relating to your child's health that you do not feel comfortable sharing in this form and you would like to discuss it with a doctor, please call your GP and book an appointment</p>	<p>Si hay algo relacionado con la salud de su hijo/a que no se siente cómodo compartiendo en este formulario y desea comentarlo con un médico, llame a su médico de cabecera y concierte una cita.</p>