|  |  |
| --- | --- |
| English | **Spanish / Inglés** |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | Cuestionario para nuevos pacientes inmigrantes recién llegados al Reino Unido |
| 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.  This questionnaire is to collect information about your health so that the health professionals at your GP practice can understand what support, treatment and specialist services you may need in accordance with the confidentiality and data sharing policies of the National Health Service.  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.  Return your answers to your GP practice. | 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)  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.  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.  Devuelva las respuestas a su centro de atención primaria. |
| Section one: Personal details | Apartado uno: Información personal |
| Full name: | Nombre y apellidos: |
| Address: | Dirección: |
| Telephone number: | Número de teléfono: |
| Email address: | Dirección de correo electrónico: |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **Conteste todas las preguntas y marque todas las respuestas que correspondan.** |
| * 1. Date questionnaire completed: | 1.1Fecha de cumplimentación del cuestionario: |
| 1.2 Which of the following best describes you?  Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.2 ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor?  Hombre  Mujer  Otros  Prefiero no decirlo |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?  No  Yes  Prefer not to say | 1.3 ¿Es el mismo sexo que le adjudicaron al nacer?  No  Sí  Prefiero no decirlo |
| 1.4 Date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | * 1. Fecha de nacimiento:  Día\_\_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_\_ |
| 1.5 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.5 Religión:  Budista  Cristiana  Hindú  Judía  Musulmana  Sij  Otra religión  Ateo |
| 1.6 Marital status:  Married/civil partner  Divorced  Widowed  None of the above | 1.6 Estado civil:  Casado/a o pareja de hecho  Divorciado/a  Viúdo/a  Ninguno de los anteriores |
| * 1. Sexual Orientation:   Heterosexual (attracted to the opposite sex)  Homosexual (attracted to the same sex)  Bisexual (attracted to males and females)  Prefer not to say  Other | * 1. Orientación sexual:   Heterosexual (atraído por el sexo opuesto)  Homosexual (atraído por el mismo sexo)  Bisexual (atraído por hombres y mujeres)  Prefiero no decirlo  Otros |
| * 1. Main spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | * 1. Idioma principal:  |  |  | | --- | --- | | Albano | Ruso | | Árabe | Tigriña | | Darí | Ucraniano | | Inglés | Urdu | | Persa | Vietnamita | | Otros |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | 1.9 Segundo idioma:   |  |  | | --- | --- | | Albano | Ruso | | Árabe | Tigriña | | Darí | Ucraniano | | Inglés | Urdu | | Persa | Vietnamita | | Otros | Ninguno | |
| * 1. Do you need an interpreter?   No  Yes | 1.10¿Necesita un intérprete?  No  Sí |
| * 1. Would you prefer a male or a female interpreter? Please be aware that interpreter availability might mean it is not always possible to meet your preference.   Male  Female  I don’t mind | 1.11¿Preferiría un hombre o una mujer intérprete? Tenga en cuenta que, debido a la disponibilidad de intérpretes, no siempre será posible satisfacer sus preferencias.  Hombre  Mujer  No me importa |
| 1.12 Are you able to read in your own language?  No  Yes  I have difficulty reading | 1.12 ¿Sabe leer en su propio idioma?  No  Sí  Tengo dificultad para leer |
| * 1. Are you able to write in your own language?   No  Yes  I have difficulty writing | 1.13¿Sabe escribir en su propio idioma?  No  Sí  Tengo dificultad para escribir |
| * 1. Do you need sign language support?   No  Yes | 1.14¿Necesita un asistente de lenguaje de signos?  No  Sí |
| * 1. Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:  |  |  | | --- | --- | | Name:  Contact telephone number:  Address: | Next of kin | | Name:  Contact telephone number:  Address: | Emergency contact (if different) | | * 1. Facilítenos los datos de su familiar más cercano o de alguien con quien podamos contactar en caso de urgencia:  |  |  | | --- | --- | | Nombre y apellidos:  Número de teléfono del contacto:  Dirección: | Familiar cercano | | Nombre y apellidos:  Número de teléfono del contacto:  Dirección: | Contacto para urgencias (si es diferente) | |
| Section two: Health questions | Apartado dos: Preguntas sobre la salud |
| * 1. Are you currently feeling unwell or ill?   No  Yes | 2.1¿Actualmente se encuentra mal o enfermo?  No  Sí |
| Do you need an urgent help for your health problem?  No  Yes | 2.2¿Necesita ayuda urgente para su problema de salud?  No  Sí |
| * 1. Do you currently have any of the following symptoms? *Please tick all that apply*   Weight loss  Cough  Coughing up blood  Night sweats  Extreme tiredness  Breathing problems  Fevers  Diarrhoea  Skin complaints or rashes  Blood in your urine  Blood in your stool  Headache  Pain  Low mood  Anxiety  Distressing flashbacks or nightmares  Difficulty sleeping  Feeling like you can’t control your thoughts or actions  Feeling that you want to harm yourself or give up on life  Other | 2.3¿Actualmente tiene alguno de los siguientes síntomas? *Señale todo lo que corresponda*  Pérdida de peso  Tos  Tos con sangre  Sudores nocturnos  Cansancio extremo  Problemas respiratorios  Fiebre  Diarrea  Dolencias o picores cutáneos  Sangre en la orina  Sangre en las heces  Migraña  Dolor  Ánimo bajo  Ansiedad  Recuerdos o pesadillas angustiosos  Dificultad para dormir  Siente que no se pueden controlar los pensamientos o acciones propios  Siente que quiere lesionarse o acabar con su vida  Otros |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s) | 2.4 Marque en la imagen corporal la(s) zona(s) en la(s) que tiene su(s) problema(s) de salud actual(es) |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Do you have any known health problems that are ongoing?   No  Yes | 2.5¿Tiene algún problema de salud conocido y en desarrollo?  No  Sí |
| * 1. Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply   Arthritis  Asthma  Blood disorder  Sickle cell anaemia  Thalassaemia  Cancer  Dental problems  Diabetes  Epilepsy  Eye problems  Heart problems  Hepatitis B  Hepatitis C  HIV or AIDS  High blood pressure  Kidney problems  Liver problems  Long-term lung problem/breathing difficulties  Mental health problems  Low mood/depression  Anxiety  Post-traumatic stress disorder (PTSD)  Previously self-harmed  Attempted suicide  Other  Osteoporosis  Skin disease  Stroke  Thyroid disease  Tuberculosis (TB)  Other | 2.6¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? Señale todo lo que corresponda  Artritis  Asma  Enfermedad de la sangre  Drepanocitosis  Talasemia  Cáncer  Problemas dentales  Diabetes  Epilepsia  Problemas de visión  Problemas cardíacos  Hepatitis B  Hepatitis C  VIH o SIDA  Hipertensión  Problemas del riñón  Problemas del hígado  Problemas pulmonares crónicos / dificultad respiratoria  Problemas de salud mental  Ánimo bajo / depresión  Ansiedad  Trastorno por estrés postraumático (PTSD)  Autolesiones anteriores  Intento de suicidio  Otros  Osteoporosis  Enfermedad de la piel  Ictus  Enfermedad de la tiroides  Tuberculosis (TB)  Otros |
| * 1. Have you ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.7¿Ha tenido alguna operación/cirugía?  No  Sí |
| * 1. If you have had an operation / surgery, how long ago was this?   In the last 12 months  1 – 3 years ago  Over 3 years ago | 2.8Si ha tenido una operación/cirugía, ¿cuánto tiempo hace de esto?  En los últimos 12 meses  Hace 1-3 años  Hace más de 3 años |
| * 1. Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?   No  Yes | 2.9¿Tiene alguna lesión física por motivos de guerra, conflictos o tortura?  No  Sí |
| * 1. Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?   No  Yes | 2.10¿Tiene algún problema de salud mental? Puede ser por motivos de guerra, conflicto, tortura o por verse obligado a huir de su país...  No  Sí |
| * 1. Some medical problems can run in families. Has a member of your immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following? Please tick all that apply   Cancer  Diabetes  Depression/Mental health illness  Heart attack  High blood pressure  Stroke  Other | 2.11Algunos trastornos médicos pueden ser hereditarios. ¿Algún miembro de su familia directa (padre, madre, hermanos y abuelos) ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades? Señale todo lo que corresponda  Cáncer  Diabetes  Depresión / enfermedad de la salud mental  Infarto de miocardio  Hipertensión  Ictus  Otros |
| * 1. Are you on any prescribed medicines?   No  Yes *–please list your prescribed medicines and doses in the box below*  ***Please bring any prescriptions or medications to your appointment***   |  |  | | --- | --- | | *Name* | *Dose* | |  |  | | 2.12¿Toma medicamentos con receta?  No  Sí *–enumere* *los medicamentos recetados y las dosis en la siguiente casilla*  ***Lleve las recetas y los medicamentos a la consulta***   |  |  | | --- | --- | | *Nombre* | *Dosis* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.13¿Le preocupa quedarse sin alguno de estos medicamentos en las próximas semanas?  No  Sí |
| * 1. Do you 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?   No  Yes *–please list medicines and doses in the box below*  ***Please bring any medications to your appointment***   |  |  | | --- | --- | | *Name* | *Dose* | |  |  | | 2.14¿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?  No  Sí *–enumere los medicamentos y las dosis en la siguiente casilla*  ***Lleve los medicamentos a la consulta***   |  |  | | --- | --- | | *Nombre* | *Dosis* | |  |  | |
| * 1. Are you allergic to any medicines?   No  Yes | * 1. ¿Es usted alérgico a algún medicamento?   No  Sí |
| * 1. Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.16¿Es alérgico a alguna otra cosa (por ejemplo, alimentos, picaduras de insectos, guantes de látex)?  No  Sí |
| * 1. Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.17¿Tiene alguna discapacidad física o dificultades de movilidad?  No  Sí |
| * 1. Do you have any sensory impairments? *Please tick all that apply*   No  Blindness  Partial sight loss  Full hearing loss  Partial hearing loss  Smell and/or taste problems | 2.18¿Tiene alguna discapacidad sensorial? *Señale todo lo que corresponda*  No  Ceguera  Pérdida parcial de la vista  Pérdida total de la audición  Pérdida parcial de la audición  Problemas del olfato o del gusto |
| * 1. Do you have any learning difficulties?   No  Yes | 2.19¿Tiene dificultades de aprendizaje?  No  Sí |
| * 1. Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?   No  Yes | 2.20¿Hay algún asunto privado en particular que le gustaría tratar/plantear en su próxima consulta con un profesional sanitario?  No  Sí |
| Section three: Lifestyle questions | Apartado tres: Preguntas sobre el estilo de vida |
| * 1. How often do you drink alcohol?   Never  Monthly or less  2-4 times per month  2-3 times per week  4 or more times per week  *There is* ***1 unit*** *of alcohol in:*    *½ pint glass of beer*    *1 small glass of wine*     1. *single measure of spirits* | 3.1¿Con qué frecuencia bebe alcohol?  Nunca  Una vez al mes o menos  2-4 veces al mes  2-3 veces a la semana  4 o más veces a la semana  *Hay* ***1 unidad*** *de alcohol en:*    *½ pinta de una jarra de cerveza*    *1 vaso pequeño de vino*    *1 medida sencilla de licor* |
| * 1. How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?   0-2  3-4  5-6  7-9  10 or more | a.¿Cuántas unidades de alcohol toma en un día normal cuando bebe?  0-2  3-4  5-6  7-9  10 o más |
| * 1. How often have you had 6 or more units if female, or 8 or more if male, on a single occasion in the last year?   Never  Less than monthly  Monthly  Weekly  Daily or almost daily | b.¿Con qué frecuencia ha tomado 6 o más unidades si es mujer, u 8 o más si es hombre, en una sola ocasión en el último año?  Nunca  Menos de una vez al mes  Una vez al mes  Una vez a la semana  A diario o casi a diario |
| * 1. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?   Never  I have quit taking drugs that might be harmful  Yes | c. ¿Toma alguna droga que pueda ser perjudicial para su salud, por ejemplo, cannabis, cocaína o heroína?  Nunca  He dejado de tomar drogas que podrían ser perjudiciales  Sí |
| * 1. Do you smoke?   Never  I have quit smoking  Yes  Cigarettes  How many per day? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  How many years have you smoked for? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tobacco    Would you like help to stop smoking?  Yes  No | d.¿Fuma?  Nunca  He dejado de fumar  Sí  Cigarrillos  ¿Cuántos al día? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Cuántos años ha fumado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tabaco    ¿Le gustaría tener ayuda para dejar de fumar?  Sí  No |
| * 1. Do you chew tobacco?   Never  I have quit chewing tobacco  Yes | e.¿Masca tabaco?  Nunca  He dejado de mascar tabaco  Sí |
| Section four: Vaccinations | Apartado cuatro: Vacunas |
| * 1. Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin?   ***If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.***  No  Yes  I don’t know | 4.1¿Ha recibido todas las vacunas infantiles que se ofrecen en su país de origen?  ***Si tiene un registro de su historial de vacunación, por favor tráigalo a la consulta.***  No  Sí  No lo sé |
| * 1. Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 4.2¿Le han vacunado contra la tuberculosis (TB)?  No  Sí  No lo sé |
| * 1. Have you been vaccinated against COVID-19?   No  Yes  1 dose  2 doses  3 doses  More than 3 doses  I don’t know | 4.3¿Le han vacunado contra el COVID-19?  No  Sí  1 dosis  2 dosis  3 dosis  Más de 3 dosis  No lo sé |
| Section five: Questions for female patients only | Apartado cinco: Preguntas para las mujeres únicamente |
| * 1. Are you pregnant?   No  I might be pregnant  Yes  How many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 5.1¿Está embarazada?  No  Podría estar embarazada  Sí  ¿De cuántas semanas está embarazada?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. Do you use contraception?   No  Yes  What method do you use?  Barrier contraception *e.g. condoms, gel*  Oral contraceptive pill  Copper Coil/Intrauterine device (IUD)  Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) *e.g. Mirena*  Contraceptive injection  Contraceptive implant  Other | 5.2¿Usa anticonceptivos?  No  Sí  ¿Qué método usa?  Anticonceptivos de barrera *como condones, gel*  Píldora anticonceptiva oral  Espiral de cobre / Dispositivo intrauterino (DIU)  Espiral hormonal / sistema intrauterino (SIU),  *p. ej. Mirena*  Inyección anticonceptiva  Implante anticonceptivo  Otros |
| * 1. Do you urgently need any contraception?   No  Yes | 5.3¿Necesita urgentemente algún método anticonceptivo?  No  Sí |
| * 1. Have you ever had a cervical smear or a smear test? This is a test to check the health of your cervix and help prevent cervical cancer.   No  Yes  I would like to be given more information | 5.4¿Se ha hecho alguna vez una citología vaginal o una prueba de citología? Se trata de una prueba para comprobar la salud del cuello uterino y ayudar a prevenir el cáncer de cuello uterino.  No  Sí  Me gustaría recibir más información |
| * 1. Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?   No  Yes | 5.5¿Se ha sometido a una histerectomía (operación para extirpar el útero y el cuello uterino)?  No  Sí |
| * 1. As a female patient is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?   No  Yes | 5.6Como paciente femenina, ¿hay algún asunto privado en particular que le gustaría tratar/plantear en su próxima consulta con un profesional sanitario?  No  Sí |
| If there is something 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. | Si hay algo 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. |