|  |  |
| --- | --- |
| 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)  |



|  |  |
| --- | --- |
| * 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 [ ] CigarettesHow 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[ ] YesHow 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. |