|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **Spanish / Inglés** |
| Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People  | Cuestionario para pacientes inmigrantes recién llegados al Reino Unido: niños y jóvenes  |
| 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 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. **Competent young people aged under 18 may complete the adult version for themselves.** 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. **Los jóvenes menores de 18 años competentes pueden cumplimentar ellos mismos la versión para adultos.** 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.  |
| Person completing | Persona que completa el formulario |
| Who is completing this form:[ ]  Child’s Parent [ ]  Child’s legal guardian/carer | Quién completa este formulario:[ ]  Padre/madre del niño/a [ ]  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. Which of the following best describes your child:

[ ] Male [ ] Female [ ] Other[ ] Prefer not to say  | 1.1Cuál de las siguientes opciones describe mejor a su hijo/a: [ ] Hombre [ ] Mujer [ ] Otros[ ] Prefiero no decirlo  |
| 1.2 Religion: [ ] Buddhist [ ] Christian [ ] Hindu [ ] Jewish [ ] Muslim [ ] Sikh [ ] Other religion[ ] No religion | 1.2 Religión: [ ] Budista [ ] Cristiana [ ] Hindú [ ] Judía [ ] Musulmana [ ] Sij [ ] Otra religión[ ] Ateo |
| 1.3 Main spoken language:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albanian | [ ] Russian |
| [ ] Arabic | [ ] Tigrinya |
| [ ] Dari | [ ] Ukrainian |
| [ ] English | [ ] Urdu |
| [ ] Persian | [ ] Vietnamese |
| [ ] Other |  |

 | 1.3 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 |

 | 1.4Segundo idioma:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albano | [ ]  Ruso |
| [ ] Árabe | [ ] Tigriña |
| [ ] Darí | [ ] Ucraniano |
| [ ] Inglés | [ ] Urdu |
| [ ] Persa | [ ] Vietnamita |
| [ ] Otros | [ ] Ninguno |

 |
| * 1. Does your child need an interpreter?

[ ] Yes [ ] No  | 1.5¿Su hijo/a necesita un intérprete? [ ] Sí [ ] No  |
| * 1. Does your child need sign language support?

[ ] No[ ] Yes | 1.6¿Su hijo/a necesita un asistente de lengua de signos?[ ] No[ ] Sí |
| * 1. Who lives in the same household as your child now in the UK?

[ ] Mother[ ] Father[ ] Brother(s)How many? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_What age(s)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Sister(s) [ ] How many? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] What age(s)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Other [ ] How many? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.7¿Quién vive en el mismo hogar que su hijo/a ahora en el Reino Unido?[ ] Madre[ ] Padre[ ] Hermano(s)¿Cuántos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿De qué edad(es)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Hermana(s) [ ] ¿Cuántas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] ¿De qué edad(es)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Otros [ ] ¿Cuántos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. Does your child attend nursery or school?

[ ] No[ ] My child is under 2 years of age[ ]  We have applied for a place but have not yet been allocated a nursery/school[ ] I would like information on where I can get support to apply for a nursery or school place[ ] Yes – *please give name of nursery or school*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.8¿Su hijo/a asiste a una guardería o escuela?[ ] No[ ] Mi hijo/a tiene menos de 2 años[ ]  Hemos solicitado una plaza pero aún no se nos ha asignado una guardería/escuela[ ] Quisiera información sobre dónde puedo obtener ayuda para solicitar una plaza en una guardería o en una escuela[ ] Sí – *proporcione el nombre de la guardería o escuela*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Section two: Health questions | Apartado dos: Preguntas sobre la salud |
| * 1. Do you have any concerns about your child?

[ ] No[ ] Yes | 2.1¿Le preocupa algo de su hijo/a?[ ] No[ ] Sí |
| * 1. Is your child currently unwell or ill?

[ ] No [ ] Yes | 2.2¿Su hijo/a se encuentra actualmente con molestias o enfermo?[ ] No [ ] Sí |
| * 1. Does your child need an urgent help for a health problem?

[ ] No [ ] Yes | 2.3¿Su hijo/a necesita ayuda urgente relacionada con un problema de salud?[ ] No [ ] Sí |
| * 1. Does your child 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[ ] Constipation[ ] Skin complaints or rashes[ ] Blood in their urine[ ] Blood in their stool[ ] Headache[ ] Pain[ ] Low mood[ ] Anxiety[ ] Distressing flashbacks or nightmares[ ] Difficulty sleeping[ ] Feeling that they want to harm themselves or give up on life[ ] Other | 2.4¿Su hijo/a tiene actualmente alguno de estos síntomas? Señale todo lo que corresponda[ ] Pérdida de peso[ ] Tos[ ] Tos con sangre[ ] Sudores nocturnos[ ] Cansancio extremo[ ] Problemas respiratorios[ ] Fiebre[ ] Diarrea[ ] Estreñimiento[ ] 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 quiere lesionarse o acabar con su vida[ ] Otros |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s)
 | * 1. Marque en la imagen corporal la(s) zona(s) en la(s) que tiene su(s) problema(s) de salud actual(es)
 |



|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)?

[ ] No[ ] Yes | * 1. ¿Su hijo nació prematuramente (antes de las 37 semanas / 8,5 meses de embarazo)?

[ ] No[ ] Sí |
| * 1. Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?

[ ] No[ ] Yes | * 1. ¿Tuvo su hijo algún problema de salud poco después del parto, por ejemplo, problemas respiratorios, infección, lesión cerebral?

[ ] No[ ] Sí |
| * 1. **New babies only (up to 3 months old):** Has your child had a 6-8 week post delivery health check by a GP (doctor)?

[ ] No[ ] Yes | * 1. **Solo recién nacidos (hasta 3 meses):** ¿Se ha sometido su hijo a una revisión médica a las 6-8 semanas de nacer?

[ ] No[ ] Sí |
| * 1. Does your child have any known health problems?

[ ] No[ ] Yes | * 1. ¿Su hijo/a tiene algún problema de salud conocido?

[ ] No[ ] Sí |
| * 1. Does your child have any of the following? Please tick all that apply

[ ] Asthma[ ] Blood disorder [ ] Sickle cell anaemia [ ] Thalassaemia[ ] Cancer[ ] Dental problems[ ] Diabetes[ ] Epilepsy [ ] Eye problems[ ] Ears, nose or throat[ ] Heart problems[ ] Hepatitis B[ ] Hepatitis C[ ] HIV [ ] Kidney problems[ ] Liver problems[ ] Mental health problems [ ] Low mood/depression[ ] Anxiety[ ] Post-traumatic stress disorder (PTSD)[ ] Previously self-harmed[ ] Attempted suicide[ ] Other [ ] Skin disease[ ] Thyroid disease [ ] Tuberculosis (TB)[ ] Other | * 1. ¿Su hijo/a tiene alguna de estas enfermedades? Señale todo lo que corresponda

[ ] Asma[ ] Enfermedad de la sangre [ ] Drepanocitosis [ ] Talasemia[ ] Cáncer[ ] Problemas dentales[ ] Diabetes[ ] Epilepsia [ ] Problemas de visión[ ] Oído, nariz o garganta[ ] Problemas cardíacos[ ] Hepatitis B[ ] Hepatitis C[ ] VIH [ ] Problemas del riñón[ ] Problemas del hígado[ ] Problemas de salud mental [ ] Ánimo bajo / depresión[ ] Ansiedad[ ] Trastorno por estrés postraumático (PTSD)[ ] Autolesiones anteriores[ ] Intento de suicidio[ ] Otros [ ] Enfermedad de la piel[ ] Enfermedad de la tiroides [ ] Tuberculosis (TB)[ ] Otros |
| * 1. Has your child ever had any operations / surgery?

[ ] No[ ] Yes | * 1. ¿Su hijo/a se ha sometido a alguna operación/cirugía?

[ ] No[ ] Sí |
| * 1. Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?

[ ] No[ ] Yes | * 1. ¿Su hijo/a tiene alguna lesión física por motivos de guerra, conflicto o tortura?

[ ] No[ ] Sí |
| * 1. Does your child have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?

[ ] No[ ] Yes | * 1. ¿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...

[ ] No[ ] Sí |
| * 1. Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?

[ ] No[ ] Yes | * 1. ¿Su hijo/a tiene alguna discapacidad física o dificultades de movilidad?

[ ] No[ ] Sí |
| * 1. Does your child 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 | * 1. ¿Su hijo/a 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 think your child has any learning difficulties or behaviour problems?

[ ] No[ ] Yes | * 1. ¿Cree que su hijo/a tiene algún problema de aprendizaje o de conducta?

[ ] No[ ] Sí |
| * 1. Do you have any concerns about your child’s growth e.g. their weight/height?

[ ] No[ ] Yes | * 1. ¿Le preocupa el crecimiento de su hijo/a? (por ejemplo su peso/altura)

[ ] No[ ] Sí |
| * 1. **Babies only:** Is you child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?

[ ] No[ ] Yes | * 1. **Solo bebés:** ¿Su hijo/a tiene algún problema de alimentación (vómitos, reflujo, rechazo de la leche)?

[ ] No[ ] Sí |
| * 1. Has a member of your child’s immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following?

[ ] Asthma[ ] Cancer[ ] Depression/Mental health illness[ ] Diabetes[ ] Heart attack[ ] Hepatitis B[ ] High blood pressure[ ] HIV[ ] Learning difficulties[ ] Stroke[ ] Tuberculosis (TB)[ ] Other  | * 1. ¿Algún miembro de la familia directa (padre, madre, hermanos y abuelos) de su hijo/a ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades?

[ ] Asma[ ] Cáncer[ ] Depresión / enfermedad de la salud mental[ ] Diabetes[ ] Infarto de miocardio[ ] Hepatitis B[ ] Hipertensión[ ] VIH[ ] Dificultades de aprendizaje[ ] Ictus[ ] Tuberculosis (TB)[ ] Otros  |
| * 1. Is your child on any prescribed medicines?

[ ] No [ ] Yes *–please list your child’s prescribed medicines and doses in the box below****Please bring any prescriptions or medicines to your child’s appointment***

|  |  |
| --- | --- |
| *Name*  | *Dose* |
|  |  |

 | * 1. ¿Su hijo/a recibe alguna medicación con receta?

[ ] No [ ] Sí *–enumere los medicamentos recetados y las dosis en la siguiente casilla****Lleve las recetas y los medicamentos a la consulta de su hijo/a***

|  |  |
| --- | --- |
| *Nombre*  | *Dosis* |
|  |  |

 |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?

[ ] No [ ] Yes  | * 1. ¿Le preocupa quedarse sin alguno de estos medicamentos en las próximas semanas?

[ ] No [ ] Sí  |
| * 1. 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?

[ ] No [ ] Yes *–please list medicines and doses in the box below****Please bring any medicines to your child’s appointment***

|  |  |
| --- | --- |
| *Name*  | *Dose* |
|  |  |

 | * 1. ¿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?

[ ] No [ ] Sí *–enumere los medicamentos y las dosis en la siguiente casilla****Lleve los medicamentos a la consulta de su hijo/a***

|  |  |
| --- | --- |
| *Nombre*  | *Dosis* |
|  |  |

 |
| * 1. Does your child have allergy to any medicines?

[ ] No [ ] Yes  | * 1. ¿Su hijo/a es alérgico/a a algún medicamento?

[ ] No [ ] Sí  |
| * 1. Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?

[ ] No[ ] Yes | * 1. ¿Su hijo/a tiene alergia a algo más (como algún alimento, picadura de insectos, guantes de látex)?

[ ] No[ ] Sí |
| Section three: Vaccinations | Apartado tres: Vacunas |
| * 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.***[ ] No[ ] Yes[ ] I don’t know | 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.***[ ] No[ ] Sí[ ] No lo sé |
| * 1. Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?

[ ] No[ ] Yes[ ] I don’t know | 3.2¿Su hijo/a ha recibido la vacuna de la tuberculosis (TB)?[ ] No[ ] Sí[ ] No lo sé |
| * 1. Has your child been vaccinated against COVID-19?

[ ] No[ ] Yes [ ] 1 dose[ ] 2 doses[ ] 3 doses[ ] More than 3 doses[ ] I don’t know | 3.3¿Su hijo/a ha recibido la vacuna contra el COVID-19?[ ] No[ ] Sí [ ] 1 dosis[ ] 2 dosis[ ] 3 dosis[ ] Más de 3 dosis[ ] No lo sé |
| 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 | 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. |