|  |  |
| --- | --- |
| English | **Tagalog** |
| Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People | Palatanungan ng Pasyente para sa mga bagong dating na migrante sa UK: Mga Bata at Kabataan |
| 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. | Lahat ay may karapatang mag-register sa isang GP. Hindi kailangan ng patunay sa tirahan, katayuan bilang imigrante, ID o isang NHS number upang mag-register sa isang GP  Layunin ng palatanungang ito na kumuha ng impormasyon tungkol sa kalusugan ng mga bata upang maunawaan ng mga propesyonal sa kalusugan sa inyong GP practice kung anong suporta, paggamot at mga serbisyo ng espesyalista ang maaaring kailangan nila alinsunod sa mga patakaran sa pagkakompidensyal at pagbabahagi ng data ng National Health Service.  **Ang mga may kakayahang kabataan na wala pang 18 taon ay maaaring kumpletuhin ang pang-adultong bersiyon para sa kanilang sarili.**  Hindi ipapaalam ng iyong GP ang anumang impormasyong ibibigay mo para sa ibang layunin kundi para sa direktang pangangalaga mo lang maliban kung: nagbigay ka ng pahintulot (hal. para suportahan ang medikal na pananaliksik); o inatasan sila ng batas (hal. para protektahan ang ibang tao mula sa malubhang pinsala); o dahil may isang nangingibabaw na interes ng publiko (hal. dumaranas ka ng isang nakakahawang sakit). Available mula sa iyong GP practice ang higit pang impormasyon tungkol sa kung paano gagamitin ng iyong GP ang iyong impormasyon.    Ibalik ang mga sagot mo sa iyong GP practice. |
| Person completing | Taong kumukumpleto |
| Who is completing this form:  Child’s Parent  Child’s legal guardian/carer | Sino ang kumukumpleto sa form na ito:  Magulang ng Bata  Legal na tagapangalaga ng bata |
| Section one: Personal details | Unang seksiyon: Mga personal na detalye |
| Child’s full name: | Buong pangalan ng bata: |
| Child’s date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | Petsa ng kapanganakan ng bata:  Petsa\_\_\_\_\_\_ Buwan \_\_\_\_\_\_\_ Taon \_\_\_\_\_\_ |
| Child’s address: | Tirahan ng bata: |
| Mother’s name: | Pangalan ng ina: |
| Father’s name: | Pangalan ng ama: |
| Contact telephone number(s): | (Mga) makokontak na numero ng telepono: |
| Email address: | Email address: |
| **Please tick all the answer boxes that apply to your child.** | **Paki-tick ang lahat ng sasagutang kahon na naaangkop sa anak mo.** |
| * 1. Which of the following best describes your child:   Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.1Alin sa sumusunod ang pinakamahusay na naglalarawan sa iyong anak:  Lalaki  Babae  Iba pa  Mas gustong hindi sabihin |
| 1.2 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.2 Relihiyon:  Buddhist  Kristiyano  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Ibang relihiyon  Walang relihiyon |
| 1.3 Main spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.3 Pinakaginagamit na wika:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Iba pa |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | 1.4Pangalawang wikang ginagamit:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Iba pa | Wala | |
| * 1. Does your child need an interpreter?   Yes  No | 1.5Kailangan ba ng anak mo ng interpreter?  Oo  Hindi |
| * 1. Does your child need sign language support?   No  Yes | 1.6Kailangan ba ng anak mo ng sign language support?  Hindi  Oo |
| * 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.7Sino ang nakatira sa parehong sambahayan kung saan nakatira ngayon ang iyong anak sa UK?  Ina  Ama  (Mga) kapatid na lalaki  Ilan? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Anong (mga) edad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Mga) kapatid na babae  Ilan? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Anong (mga) edad?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Iba pa  Ilan? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.8Pumapasok ba ang anak mo sa nursery o paaralan?  Hindi  Wala pang 2 taong gulang ang anak ko  Nag-aplay kami ngunit hindi pa kami nabibigyan ng isang nursery/paaralan  Gusto ko ng impormasyon kung saan ako makakakuha ng suporta para mag-aplay ng nursery o paaralan  Oo – *magbigay ng pangalan ng nursery o paaralan* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Section two: Health questions | Ikalawang seksiyon: Mga tanong sa kalusugan |
| * 1. Do you have any concerns about your child?   No  Yes | 2.1May mga inaalala ka ba tungkol sa anak mo?  Hindi  Oo |
| * 1. Is your child currently unwell or ill?   No  Yes | 2.2Kasalukuyan bang masama ang pakiramdam o may sakit ang anak mo?  Hindi  Oo |
| * 1. Does your child need an urgent help for a health problem?   No  Yes | 2.3Kailangan ba ng anak mo ng agarang tulong dahil sa problema sa kalusugan?  Hindi  Oo |
| * 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 | 2.4Mayroon bang alinman sa mga sumusunod na sintomas ang anak mo sa kasalukuyan? Paki-tick ang lahat ng angkop  Pagbaba ng timbang  Ubo  Pag-ubo na may kasamang dugo  Pamamawis sa gabi  Labis na pagkapagod  Problema sa paghinga  Lagnat  Pagtatae  Konstipasyon  Mga problema sa balat o mga butlig-butlig  Dugo sa kanyang ihi  Dugo sa kanyang dumi  Sakit ng ulo  Pananakit  Malungkot na mood  Pagkabalisa  Nakakaligalig na mga flashback at bangungot  Hirap sa pagtulog  Pakiramdam na gusto niyang saktan ang sarili o sumuko sa buhay  Iba pa |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s) | 2.5Markahan sa larawan ng katawan ang (mga) bahagi kung saan niya nararanasan ang kanyang kasalukuyang (mga) problema sa kalusugan |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)?   No  Yes | 2.6Isinilang ba ang anak mo na kulang sa buwan (ipinanganak nang maaga – bago ang 37 linggo/8.5 buwan ng pagbubuntis)?  Hindi  Oo |
| * 1. Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?   No  Yes | 2.7Nagkaroon ba agad ang anak mo ng anumang problema sa kalusugan matapos isinilang hal. problema sa paghinga, impeksiyon, pinsala sa utak?  Hindi  Oo |
| * 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 | **2.8Mga bagong sanggol lamang (hanggang 3 buwang gulang):** Napatingnan ba ang anak mo sa isang GP (doktor) nang 6-8 linggo pagkatapos maisilang?  Hindi  Oo |
| * 1. Does your child have any known health problems?   No  Yes | 2.9May nalalaman ka bang kahit anong problema sa kalusugan ng iyong anak?  Hindi  Oo |
| * 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 | 2.10Mayroon ba ang anak mo ng alinman sa sumusunod? Paki-tick ang lahat ng angkop  Hika  Problema sa dugo  Sickle cell anaemia  Thalassaemia  Kanser  Mga problema sa ngipin  Diabetes  Epilepsy  Mga problema sa mata  Tainga, ilong o lalamunan  Mga problema sa puso  Hepatitis B  Hepatitis C  HIV  Mga problema sa kidney  Mga problema sa liver  Mga problema sa kalusugan ng isip  Malungkot na mood/depresyon  Pagkabalisa  Post-traumatic stress disorder (PTSD)  Sinaktan ang sarili noon  Nagtangkang magpakamatay  Iba pa  Sakit sa balat  Sakit sa thyroid  Tuberculosis (TB)  Iba pa |
| * 1. Has your child ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.11Nagkaroon ba ng anumang operasyon / surgery ang anak mo?  Hindi  Oo |
| * 1. Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?   No  Yes | 2.12Mayroon bang anumang pisikal na pinsala ang iyong anak dahil sa giyera, alitan o pagpapahirap?  Hindi  Oo |
| * 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 | 2.13Mayroon bang anumang problema sa kalusugan ng isip ang anak mo? Ito ay maaaring dulot ng giyera, alitan, pagpapahirap o pamumuwersa na tumakas sa inyong bansa?  Hindi  Oo |
| * 1. Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.14Mayroon bang anumang pisikal na kapansanan o kahirapan sa pagkilos ang iyong anak?  Hindi  Oo |
| * 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 | 2.15Mayroon bang anumang kapansanan sa pandamdam ang iyong anak? Paki-tick ang lahat ng angkop  Hindi  Pagkabulag  Bahagyang pagkawala ng paningin  Pagkawala ng buong pandinig  Bahagyang pagkawala ng pandinig  Mga problema sa pang-amoy at/o panlasa |
| * 1. Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?   No  Yes | 2.16Sa tingin mo ba ang iyong anak ay nahihirapang matuto o may problema sa paggawi?  Hindi  Oo |
| * 1. Do you have any concerns about your child’s growth e.g. their weight/height?   No  Yes | 2.17May mga inaalala ka ba tungkol sa paglaki ng iyong anak hal. kanyang timbang/taas?  Hindi  Oo |
| * 1. **Babies only:** Is you child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?   No  Yes | **2.18Mga sanggol lamang:** Nakakaranas ba ang anak mo ng anumang problema sa pagpapakain hal. sumusuka, reflux, ayaw sa gatas?  Hindi  Oo |
| * 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 | 2.19May miyembro ba ng direktang pamilya ng iyong anak (ama, ina, kapatid, at lolo at lola) ang nagkaroon o nakaranas ng alinman sa sumusunod?  Hika  Kanser  Depresyon/Sakit sa kalusugan ng isip  Diabetes  Atake sa puso  Hepatitis B  Mataas na presyon ng dugo  HIV  Nahihirapang matuto  Stroke  Tuberculosis (TB)  Iba pa |
| * 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* | |  |  | | 2.20Umiinom ba ang anak mo ng anumang iniresetang gamot?  Hindi  Oo *–ilista ang mga iniresetang gamot ng iyong anak at dosis nito sa kahon sa ibaba*  ***Magdala ng anumang mga reseta o gamot sa appointment ng anak mo***   |  |  | | --- | --- | | *Pangalan* | *Dosis* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.21Nababahala ka bang maubusan ka ng alinman sa mga gamot na ito sa susunod na ilang linggo?  Hindi  Oo |
| * 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* | |  |  | | 2.22Umiinom ba ang anak mo ng anumang gamot na hindi inireseta ng isang propesyonal sa kalusugan hal. mga gamot na nabili mo sa isang parmasya/shop/sa internet o nai-deliver mula sa ibang bansa?  Hindi  Oo *–ilista ang lahat ng gamot at dosis nito sa kahon sa ibaba*  ***Magdala ng anumang gamot sa appointment ng anak mo***   |  |  | | --- | --- | | *Pangalan* | *Dosis* | |  |  | |
| * 1. Does your child have allergy to any medicines?   No  Yes | 2.23May allergy ba ang anak mo sa anumang gamot?  Hindi  Oo |
| * 1. Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.24May allergy ba ang anak mo sa iba pang bagay? (hal. pagkain, kagat ng insekto, latex gloves)?  Hindi  Oo |
| Section three: Vaccinations | Ikatlong seksiyon: Pagbabakuna |
| * 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 | 3.1Natanggap ba ng anak mo ang lahat ng bakuna para sa bata na ibinigay sa kanyang bansang pinagmulan para sa kanyang edad?  ***Kung may rekord ka ng nakaraan mong pagpapabakuna, dalhin ito sa iyong appointment.***  Hindi  Oo  Hindi ko alam |
| * 1. Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 3.2Nabakunahan ba ang anak mo laban sa Tuberculosis (TB)?  Hindi  Oo  Hindi ko alam |
| * 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 | 3.3Nabakunahan ba ang anak mo laban sa COVID-19?  Hindi  Oo  1 dosis  2 dosis  3 dosis  Higit sa 3 dosis  Hindi ko alam |
| 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 | May bagay ba tungkol sa kalusugan ng iyong anak ang hindi ka komportableng ibahagi sa form na ito at gusto mong pag-usapan ito kasama ng isang doktor, tumawag sa iyong GP at mag-book ng appointment |