|  |  |
| --- | --- |
| English | **Tagalog** |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | Bagong Palatanungan ng Pasyente para mga bagong dating na migrante sa UK |
| 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. | 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 mo upang maunawaan ng mga propesyonal sa kalusugan sa inyong GP practice kung anong suporta, paggamot at mga serbisyo ng espesyalista ang maaaring kailangan mo alinsunod sa mga patakaran sa pagkakompidensyal at pagbabahagi ng data ng National Health Service.  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. |
| Section one: Personal details | Unang seksiyon: Mga personal na detalye |
| Full name: | Buong pangalan: |
| Address: | Tirahan: |
| Telephone number: | Numero ng telepono: |
| Email address: | Email address: |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **Tapusin ang lahat ng tanong at i-tick ang lahat ng sagot na naaangkop sa iyo.** |
| * 1. Date questionnaire completed: | 1.1Petsa na natapos ang palatanungan: |
| 1.2 Which of the following best describes you?  Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.2 Alin sa sumusunod ang pinakamahusay na naglalarawan sa iyo?  Lalaki  Babae  Iba pa  Mas gustong hindi sabihin |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?  No  Yes  Prefer not to say | 1.3 Parehong kasarian ba ito sa kasarian mo noong ipinanganak ka?  Hindi  Oo  Mas gustong hindi sabihin |
| Date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | * 1. Petsa ng kapanganakan:  Petsa\_\_\_\_\_\_ Buwan \_\_\_\_\_\_\_ Taon \_\_\_\_\_\_ |
| 1.5 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.5 Relihiyon:  Buddhist  Kristiyano  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Ibang relihiyon  Walang relihiyon |
| 1.6 Marital status:  Married/civil partner  Divorced  Widowed  None of the above | 1.6 Marital status:  May asawa/civil partner  Diborsiyado o Diborsiyada  Biyudo o Biyuda  Wala sa mga nabanggit |
| * 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 | 1.7 Seksuwal na Oryentasyon:  Heterosexual (naaakit sa opposite sex)  Homosexual (naaakit sa kapareho ng kasarian)  Bisexual (naaakit sa mga lalaki at babae)  Mas gustong hindi sabihin  Iba pa |
| * 1. Main spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.8Pinakaginagamit 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 | | 1.9 Pangalawang wikang ginagamit:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Iba pa | Wala | |
| * 1. Do you need an interpreter?   No  Yes | 1.10Kailangan mo ba ng interpreter?  Hindi  Oo |
| * 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 | 1.11Mas gusto mo ba ng lalaki o babaeng interpreter? Alamin na ang availability ng interpreter ay maaaring mangahulugan na hindi laging posibleng matugunan ang kagustuhan mo.  Lalaki  Babae  Walang problema sa akin |
| 1.12 Are you able to read in your own language?  No  Yes  I have difficulty reading | 1.12 Nakakabasa ka ba sa sarili mong wika?  Hindi  Oo  Nahihirapan akong magbasa |
| * 1. Are you able to write in your own language?   No  Yes  I have difficulty writing | 1.13Nakakasulat ka ba sa sarili mong wika?  Hindi  Oo  Nahihirapan akong sumulat |
| * 1. Do you need sign language support?   No  Yes | 1.14Kailangan mo ba ng sign language support?  Hindi  Oo |
| * 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) | | 1.15Magbigay ng mga detalye ng pinakamalapit mong kamag-anak at/o isang taong makokontak namin kapag may emerhensiya:   |  |  | | --- | --- | | Pangalan:  Makokontak na numero ng telepono:  Tirahan: | Pinakamalapit na kamag-anak | | Pangalan:  Makokontak na numero ng telepono:  Tirahan: | Kontak kapag may emerhensiya (kung iba) | |
| Section two: Health questions | Ikalawang seksiyon: Mga tanong sa kalusugan |
| * 1. Are you currently feeling unwell or ill?   No  Yes | 2.1Masama ba ang pakiramdam mo o may sakit ka ba sa kasalukuyan?  Hindi  Oo |
| Do you need an urgent help for your health problem?  No  Yes | 2.2Kailangan mo ba ng agarang tulong para sa iyong problema sa kalusugan?  Hindi  Oo |
| * 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 | 2.3Mayroon ka ba ng alinman sa mga sumusunod na sintomas 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  Mga problema sa balat o mga butlig-butlig  Dugo sa iyong ihi  Dugo sa iyong dumi  Sakit ng ulo  Pananakit  Malungkot na mood  Pagkabalisa  Nakakaligalig na mga flashback at bangungot  Hirap sa pagtulog  Pakiramdam na hindi mo kayang kontrolin ang iyong iniisip o ginagawa  Pakiramdam na gusto mong saktan ang iyong sarili o sumuko sa buhay  Iba pa |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s) | 2.4Markahan sa larawan ng katawan ang (mga) bahagi kung saan mo nararanasan ang iyong kasalukuyang (mga) problema sa kalusugan |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Do you have any known health problems that are ongoing?   No  Yes | 2.5Mayroon ka bang kilalang problema sa kalusugan na nagpapatuloy?  Hindi  Oo |
| * 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 | 2.6Mayroon ka ba o nagkaroon ka ba ng alinman sa sumusunod? Paki-tick ang lahat ng angkop  Arthritis  Hika  Problema sa dugo  Sickle cell anaemia  Thalassaemia  Kanser  Mga problema sa ngipin  Diabetes  Epilepsy  Mga problema sa mata  Mga problema sa puso  Hepatitis B  Hepatitis C  HIV o AIDS  Mataas na presyon ng dugo  Mga problema sa kidney  Mga problema sa liver  Pangmatagalang problema sa baga/kahirapan sa paghinga  Mga problema sa kalusugan ng isip  Malungkot na mood/depresyon  Pagkabalisa  Post-traumatic stress disorder (PTSD)  Sinaktan ang sarili noon  Nagtangkang magpakamatay  Iba pa  Osteoporosis  Sakit sa balat  Stroke  Sakit sa thyroid  Tuberculosis (TB)  Iba pa |
| * 1. Have you ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.7Nagkaroon ka ba ng anumang operasyon / surgery?  Hindi  Oo |
| * 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 | 2.8Kung nagkaroon ka ng isang operasyon / surgery, gaano na ito katagal?  Sa nakaraang 12 buwan  1 – 3 taon na ang lumipas  Higit sa 3 taon na ang lumipas |
| * 1. Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?   No  Yes | 2.9Mayroon ka bang anumang pisikal na pinsala mula sa giyera, alitan o pagpapahirap?  Hindi  Oo |
| * 1. Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?   No  Yes | 2.10Mayroon ka bang anumang problema sa kalusugan ng isip? Ito ay maaaring dulot ng giyera, alitan, pagpapahirap o pamumuwersa na tumakas sa inyong bansa?  Hindi  Oo |
| * 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 | 2.11Maaaring maipamana sa pamilya ang ilang mga medikal na problema. May miyembro ba ng direktang pamilya mo (ama, ina, kapatid, at lolo at lola) ang nagkaroon o nakaranas ng alinman sa sumusunod? Paki-tick ang lahat ng angkop  Kanser  Diabetes  Depresyon/Sakit sa kalusugan ng isip  Atake sa puso  Mataas na presyon ng dugo  Stroke  Iba pa |
| * 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* | |  |  | | 2.12Umiinom ka ng mga iniresetang gamot?  Hindi  Oo  *–ilista* *ang mga iniresetang gamot mo at dosis nito sa kahon sa ibaba*  ***Magdala ng anumang mga reseta o gamot sa appointment mo***   |  |  | | --- | --- | | *Pangalan* | *Dosis* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.13Nababahala ka bang maubusan ka ng alinman sa mga gamot na ito sa susunod na ilang linggo?  Hindi  Oo |
| * 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* | |  |  | | 2.14Umiinom ka ba 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 mo***   |  |  | | --- | --- | | *Pangalan* | *Dosis* | |  |  | |
| * 1. Are you allergic to any medicines?   No  Yes | 2.15Allergic ka ba sa anumang gamot?  Hindi  Oo |
| * 1. Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.16Allergic ka ba sa iba pang bagay? (hal. pagkain, kagat ng insekto, latex gloves)?  Hindi  Oo |
| * 1. Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.17Mayroon ka bang anumang pisikal na kapansanan o kahirapan sa pagkilos?  Hindi  Oo |
| * 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 | 2.18Mayroon ka bang anumang kapansanan sa pandama? *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 have any learning difficulties?   No  Yes | 2.19Mayroon ka bang anumang suliranin sa pagkatuto?  Hindi  Oo |
| * 1. Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?   No  Yes | 2.20May partikular bang bagay na pribado na nais mong pag-usapan/ipaabot sa susunod mong appointment sa isang propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan?  Hindi  Oo |
| Section three: Lifestyle questions | Ikatlong seksiyon: Mga tanong istilo ng pamumuhay |
| * 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* | 3.1Gaano kadalas kang uminom ng alkohol?  Hindi kailanman  Kada buwan o mas bihira  2-4 na beses kada buwan  2-3 beses kada linggo  4 na beses o higit pa kada linggo  *May* ***1 unit*** *ng alkohol sa:*    *½ pint glass ng beer*    *1 maliit na baso ng wine*     1. *single measure ng spirits* |
| 3.2 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 | * 1. Ilang unit ng alkohol ang iniinom mo sa isang karaniwang araw kapag umiinom ka?   0-2  3-4  5-6  7-9  10 o higit pa |
| 3.3How 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 | 3.3Gaano kadalas kang uminom ng 6 na unit o higit pang kung babae, o 8 unit o higit pa kung lalaki, sa isang pagkakataon sa nakaraang taon?  Hindi kailanman  Mas bihira kaysa sa kada buwan  Kada buwan  Kada linggo  Araw-araw o halos araw-araw |
| 3.4Do 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 | 3.4Umiinom ka ba ng anumang gamot na maaaring nakakasama sa iyong kalusugan hal. marijuana, cocaine, heroin?  Hindi kailanman  Tumigil ako sa pag-inom ng mga gamot na maaaring nakakasama  Oo |
| 3.5Do 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 | 3.5Naninigarilyo ka ba?  Hindi kailanman  Tumigil na ako sa paninigarilyo  Oo  Mga sigarilyo  Ilan sa bawat araw? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ilang taon ka nang naninigarilyo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tabako    Gusto mo ba ng tulong para tumigil sa paninigarilyo?  Oo  Hindi |
| 3.6Do you chew tobacco?  Never  I have quit chewing tobacco  Yes | 3.6Ngumunguya ka ba ng tabako?  Hindi kailanman  Tumigil na ako sa pagnguya ng tabako  Oo |
| Section four: Vaccinations | Ikaapat na seksiyon: Pagbabakuna |
| * 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 | 4.1Natanggap mo ba ang lahat ng bakuna na inalok ng iyong bansang pinagmulan noong bata ka pa?  ***Kung may rekord ka ng nakaraan mong pagpapabakuna, dalhin ito sa iyong appointment.***  Hindi  Oo  Hindi ko alam |
| * 1. Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 4.2Nabakunahan ka ba laban sa Tuberculosis (TB)?  Hindi  Oo  Hindi ko alam |
| * 1. Have you been vaccinated against COVID-19?   No  Yes  1 dose  2 doses  3 doses  More than 3 doses  I don’t know | 4.3Nabakunahan ka ba laban sa COVID-19?  Hindi  Oo  1 dosis  2 dosis  3 dosis  Higit sa 3 dosis  Hindi ko alam |
| Section five: Questions for female patients only | Ikalimang seksiyon: Mga tanong para sa mga babaeng pasyente lamang |
| * 1. Are you pregnant?   No  I might be pregnant  Yes  How many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 5.1Buntis ka ba?  Hindi  Baka buntis ako  Oo  Ilang linggo ka nang buntis?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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 | 5.2Gumagamit ka ba ng contraception?  Hindi  Oo  Anong method ang ginagamit mo?  Barrier contraception *hal. mga condom, gel*  Oral contraceptive pill  Copper Coil/Intrauterine device (IUD)  Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) *hal. Mirena*  Contraceptive injection  Contraceptive implant  Iba pa |
| * 1. Do you urgently need any contraception?   No  Yes | 5.3Kailangan mo ba agad ng anumang contraception?  Hindi  Oo |
| * 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 | 5.4Nakatanggap ka na ba ng cervical smear o isang smear test? Isa itong test upang tingnan ang kalusugan ng iyong cervix at tumulong na maiwasan ang cervical cancer.  Hindi  Oo  Gusto kong mabigyan ng higit pang impormasyon |
| * 1. Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?   No  Yes | 5.5Nagkaroon ka ng hysterectomy (operasyon para tanggalin ang uterus at cervix)?  Hindi  Oo |
| * 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 | 5.6Bilang babaeng pasyente, may partikular bang bagay na pribado na nais mong pag-usapan/ipaabot sa susunod mong appointment sa isang propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan?  Hindi  Oo |
| 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. | May bagay ba na 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 |