

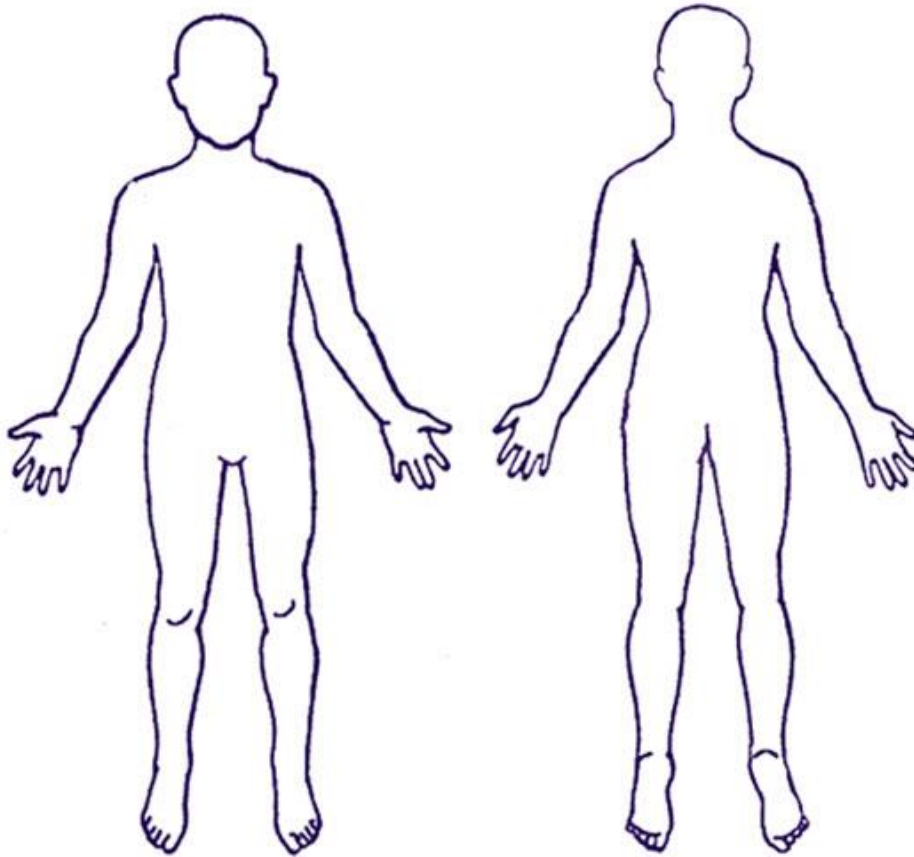
English	انگلیسی / Dari
<p>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</p>	<p>پرسشنامه مریض برای مهاجران تازه وارد در بریتانیا: اطفال و نوجوانان</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP</p> <p>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.</p> <p>Competent young people aged under 18 may complete the adult version for themselves.</p> <p>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.</p> <p>Return your answers to your GP practice.</p>	<p>همه حق برخوردارگی از داکتر عمومی را دارند. برای برخوردارگی از داکتر عمومی نیازی به گواهی آدرس، وضعیت مهاجرت، کارت شناسایی یا نمبر سرویس صحت همگانی (NHS) نیست</p> <p>این پرسشنامه برای جمع آوری معلومات در مورد صحت اطفال است تا متخصصان صحت در مطب داکتر عمومی بدانند به چه پشتیبانی، تداوی و سرویس تخصصی مطابق با سیاست های محرمانگی و تشریک دیتای «سرویس صحت همگانی» ممکن است نیاز داشته باشند.</p> <p>نوجوانان واجد شرایط زیر 18 سال می توانند نسخه بزرگسالان را برای خود تکمیل کنند.</p> <p>داکتر عمومی شما هیچ معلوماتی را که برای مقاصد غیر از مراقبت مستقیم خود ارائه می دهید فاش نمی کند مگر اینکه: موافقت کرده باشید (مثلاً برای حمایت از تحقیقات پزشکی)؛ یا طبق قانون موظف به انجام این کار باشند (مثلاً برای محافظت از سایر افراد در برابر آسیب جدی)؛ یا پای منافع عمومی مهمی در میان باشد (مثلاً به یک مریضی مسری مبتلا باشید). برای معلومات بیشتر در مورد نحوه استفاده داکتر عمومی از معلومات شما به مطب داکتر عمومی خود مراجعه کنید.</p> <p>پاسخ های خود را به مطب داکتر عمومی برگردانید.</p>
<p>Person completing</p>	<p>شخص تکمیل کننده</p>
<p>Who is completing this form:</p> <p><input type="checkbox"/> Child’s Parent</p> <p><input type="checkbox"/> Child’s legal guardian/carer</p>	<p>شخصی که این فرم را تکمیل می کند:</p> <p><input type="checkbox"/> والد طفل</p> <p><input type="checkbox"/> قیم/سرپرست قانونی طفل</p>

Section one: Personal details	بخش یک: معلومات شخصی
Child's full name:	نام کامل طفل:
Child's date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	تاریخ تولد طفل: تاریخ _____ ماه _____ سال _____
Child's address:	آدرس طفل:
Mother's name:	نام مادر:
Father's name:	نام ولد:
Contact telephone number(s):	نمبر (ها) تلفن:
Email address:	آدرس ایمیل:
Please tick all the answer boxes that apply to your child.	لطفاً تمام گزینه هایی را که درباره طفلتان صدق می کند علامت بزنید.
1.1 Which of the following best describes your child: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.1 کدام یک از گزینه های زیر به بهترین نحو طفل شما را توصیف می کند: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> ترجیح می دهم نگویم
1.2 Religion: <input type="checkbox"/> Buddhist	1.2 مذهب: <input type="checkbox"/> بودا

<input type="checkbox"/> Christian <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Jewish <input type="checkbox"/> Muslim <input type="checkbox"/> Sikh <input type="checkbox"/> Other religion <input type="checkbox"/> No religion	<input type="checkbox"/> مسیحی <input type="checkbox"/> هندو <input type="checkbox"/> یهودی <input type="checkbox"/> مسلمان <input type="checkbox"/> سیک <input type="checkbox"/> مذاهب دیگر <input type="checkbox"/> بی مذهب
<p>1.3 Main spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Other	<p>1.3 لسان گفتاری اصلی:</p> <input type="checkbox"/> آلبانی <input type="checkbox"/> عربی <input type="checkbox"/> دری <input type="checkbox"/> انگلیسی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> سایر موارد
<p>1.4 Second spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Other	<p>1.4 لسان گفتاری دوم:</p> <input type="checkbox"/> آلبانی <input type="checkbox"/> عربی <input type="checkbox"/> دری <input type="checkbox"/> انگلیسی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> سایر موارد
<p>1.5 Does your child need an interpreter?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>1.5 آیا طفل شما به ترجمان شفاهی نیاز دارد؟</p> <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
<p>1.6 Does your child need sign language support?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>1.6 آیا طفل شما در لسان اشاره به کمک نیاز دارد؟</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
<p>1.7 Who lives in the same household as your child now in the UK?</p> <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Brother(s) How many? _____ What age(s)? _____ <input type="checkbox"/> Sister(s) <input type="checkbox"/> How many? _____ <input type="checkbox"/> What age(s)? _____ <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> How many? _____	<p>1.7 اکنون چه کسی با طفل شما در یک فامیل در بریتانیا زندگی می کند؟</p> <input type="checkbox"/> مادر <input type="checkbox"/> ولد <input type="checkbox"/> برادر(ها) چند نفر؟ _____ چه سنی (سنینی)؟ _____ <input type="checkbox"/> خواهر(ها) <input type="checkbox"/> چند نفر؟ _____ <input type="checkbox"/> چه سنی (سنینی)؟ _____ <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> چند نفر؟ _____
<p>1.8 Does your child attend nursery or school?</p>	<p>1.8 آیا طفل شما به کودکستان یا مکتب می رود؟</p>

<p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> My child is under 2 years of age</p> <p><input type="checkbox"/> We have applied for a place but have not yet been allocated a nursery/school</p> <p><input type="checkbox"/> I would like information on where I can get support to apply for a nursery or school place</p> <p><input type="checkbox"/> Yes – please give name of nursery or school</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>طفل من زیر 2 سال است <input type="checkbox"/></p> <p>ما برای جایی درخواست داده ایم اما <input type="checkbox"/></p> <p>هنوز کودکستان/مکتب به ما اختصاص داده نشده است</p> <p>می خواهم بدانم از کجا می توانم برای <input type="checkbox"/></p> <p>کودکستان یا مکتب درخواست کمک کنم</p> <p>بله – لطفاً نام کودکستان یا مکتب را نوشته کنید <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>
<p>Section two: Health questions</p>	<p>بخش دو: سؤالاتی درباره صحت</p>
<p>2.1 Do you have any concerns about your child?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.1 آیا در مورد طفل خود تشویش دارید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p>
<p>2.2 Is your child currently unwell or ill?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.2 آیا در حال حاضر، طفل شما ناخوش یا مریض است؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p>
<p>2.3 Does your child need an urgent help for a health problem?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.3 آیا طفل شما برای مشکل صحت به کمک عاجل نیاز دارد؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p>
<p>2.4 Does your child currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Weight loss</p> <p><input type="checkbox"/> Cough</p> <p><input type="checkbox"/> Coughing up blood</p> <p><input type="checkbox"/> Night sweats</p> <p><input type="checkbox"/> Extreme tiredness</p> <p><input type="checkbox"/> Breathing problems</p> <p><input type="checkbox"/> Fevers</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrhoea</p> <p><input type="checkbox"/> Constipation</p> <p><input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes</p> <p><input type="checkbox"/> Blood in their urine</p> <p><input type="checkbox"/> Blood in their stool</p> <p><input type="checkbox"/> Headache</p> <p><input type="checkbox"/> Pain</p> <p><input type="checkbox"/> Low mood</p>	<p>2.4 آیا در حال حاضر، طفل شما یکی از علائم زیر را دارد؟ لطفاً تمام مواردی را که صادق است علامت بزنید</p> <p><input type="checkbox"/> کاهش وزن</p> <p><input type="checkbox"/> سرفه</p> <p><input type="checkbox"/> سرفه خونی</p> <p><input type="checkbox"/> تعریق شبانه</p> <p><input type="checkbox"/> خستگی شدید</p> <p><input type="checkbox"/> مشکلات تنفسی</p> <p><input type="checkbox"/> تب</p> <p><input type="checkbox"/> اسهال</p> <p><input type="checkbox"/> بیبوست</p> <p><input type="checkbox"/> مشکلات پوستی یا کهیر</p> <p><input type="checkbox"/> خون در ادرار</p> <p><input type="checkbox"/> خون در مدفوع</p> <p><input type="checkbox"/> سردرد</p> <p><input type="checkbox"/> درد</p> <p><input type="checkbox"/> خلق پایین</p> <p><input type="checkbox"/> اضطراب</p>

<input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares <input type="checkbox"/> Difficulty sleeping <input type="checkbox"/> Feeling that they want to harm themselves or give up on life <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> کابوس ها یا یادآوری خاطرات ناراحت کننده <input type="checkbox"/> مشکل خواب <input type="checkbox"/> تمایل به آسیب به خود یا دست کشیدن از زندگی <input type="checkbox"/> سایر موارد
2.5 Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s)	2.5 لطفاً روی تصویر بدن، ناحیه(هایی) را که در آن دچار مشکل صحت هستند علامت بزنید



2.6 Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.6 آیا طفل شما نارس به دنیا آمد (زود به دنیا آمد - قبل از 37 هفته/8.5 ماه حاملگی)? <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
2.7 Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.7 آیا طفل شما بلافاصله پس از زایمان، مریضی ای مثل مشکلات تنفسی، عفونت، آسیب مغزی داشته است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله

<p>2.8 New babies only (up to 3 months old): Has your child had a 6-8 week post delivery health check by a GP (doctor)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.8 فقط نوزادان تازه متولدشده (تا 3 ماهه): آیا داکتر عمومی (داکتر) صحت طفل شما را 6 تا 8 هفته پس از زایمان بررسی کرده است؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></p>
<p>2.9 Does your child have any known health problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.9 آیا طفل شما مریضی شناخته شده ای دارد؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></p>
<p>2.10 Does your child have any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Blood disorder <input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia <input type="checkbox"/> Thalassaemia <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Dental problems <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Eye problems <input type="checkbox"/> Ears, nose or throat <input type="checkbox"/> Heart problems <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <input type="checkbox"/> Mental health problems <input type="checkbox"/> Low mood/depression <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD) <input type="checkbox"/> Previously self-harmed <input type="checkbox"/> Attempted suicide <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Skin disease <input type="checkbox"/> Thyroid disease <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other</p>	<p>2.10 آیا طفل شما هیچ یک از مشکلات زیر را دارد؟ لطفاً تمام مواردی را که صادق است علامت بزنید</p> <p>آسم <input type="checkbox"/> اختلال خونی <input type="checkbox"/> کم خونی داسی شکل <input type="checkbox"/> تالاسمی <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> مشکلات دندانی <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/> مشکلات بینایی <input type="checkbox"/> گوش، حلق یا بینی <input type="checkbox"/> مشکلات قلبی <input type="checkbox"/> هپاتیت بی <input type="checkbox"/> هپاتیت سی <input type="checkbox"/> ایز <input type="checkbox"/> مشکلات کلیوی <input type="checkbox"/> مشکلات کبدی <input type="checkbox"/> مشکلات روانی <input type="checkbox"/> کسالت/افسردگی <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) <input type="checkbox"/> خودجرحی در گذشته <input type="checkbox"/> اقدام به خودکشی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> مریضی پوستی <input type="checkbox"/> مریضی تیروئید <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/></p>
<p>2.11 Has your child ever had any operations / surgery?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.11 آیا طفل شما تا به حال عمل / جراحی انجام داده است؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></p>
<p>2.12 Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>2.12 آیا طفل شما در اثر جنگ، درگیری یا شکنجه، آسیب جسمی دیده است؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p>

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> بله
<p>2.13 Does your child have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.13 آیا طفل شما مشکل روانی دارد؟ این مشکلات می تواند ناشی از جنگ، درگیری، شکنجه یا فرار اجباری از کشور باشد؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p>
<p>2.14 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.14 آیا طفل شما ناتوانی جسمی یا مشکلات حرکتی دارد؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p>
<p>2.15 Does your child have any sensory impairments? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Blindness <input type="checkbox"/> Partial sight loss <input type="checkbox"/> Full hearing loss <input type="checkbox"/> Partial hearing loss <input type="checkbox"/> Smell and/or taste problems</p>	<p>2.15 آیا طفل شما اختلالات حسی دارد؟ لطفاً تمام مواردی را که صادق است علامت بزنید</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نابینایی <input type="checkbox"/> کاهش جزئی بینایی <input type="checkbox"/> ناشنوایی کامل <input type="checkbox"/> ناشنوایی جزئی <input type="checkbox"/> مشکلات بویایی و/یا چشایی</p>
<p>2.16 Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.16 آیا فکر می کنید طفل شما مشکلات یادگیری یا مشکلات رفتاری دارد؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p>
<p>2.17 Do you have any concerns about your child's growth e.g. their weight/height?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.17 آیا درباره رشد طفلتان، مثل وزن/قد، تشویش دارید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p>
<p>2.18 Babies only: Is your child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.18 فقط نوزادان: آیا طفل شما مشکل تغذیه مثل استفراغ، رفلاکس، امتناع از شیر دارد؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p>
<p>2.19 Has a member of your child's immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following?</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Heart attack</p>	<p>2.19 آیا کسی از اعضای فامیل نزدیک طفل شما (ولد، مادر، خواهر و برادر و ولدیت و مادر بزرگ) هیچ یک از مشکلات زیر را داشته یا به آن مبتلا بوده است؟</p> <p><input type="checkbox"/> آسم <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> افسردگی/مریضی روانی <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> حمله قلبی <input type="checkbox"/> هیپاتیت بی</p>

<input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Learning difficulties <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other	فشار خون بالا <input type="checkbox"/> اینز <input type="checkbox"/> مشکلات یادگیری <input type="checkbox"/> سکتة <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>								
<p>2.20 Is your child on any prescribed medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list your child’s prescribed medicines and doses in the box below</i></p> <p>Please bring any prescriptions or medicines to your child’s appointment</p> <table border="1" data-bbox="150 927 777 1375"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.20 آیا طفل شما دواهای تجویزی مصرف می کند؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله -<i>لطفاً دواها و دوزهای تجویزی طفل خود را در کادر زیر فهرست کنید</i></p> <p>لطفاً هر قسم نسخه یا دوا را در نوبت ویزیت طفل خود بیاورید</p> <table border="1" data-bbox="826 819 1453 1263"> <thead> <tr> <th>نام</th> <th>دوز</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	نام	دوز		
Name	Dose								
نام	دوز								
<p>2.21 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.21 آیا درباره تمام شدن این دواها در چند هفته آینده تشویش دارید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p>								
<p>2.22 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?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list medicines and doses in the box below</i></p>	<p>2.22 آیا طفل شما دواهایی را مصرف می کند که داکتر متخصص تجویز نکرده است، مانند دواهایی که از دواخانه/فروشگاه/اینترنت خریده اید یا از خارج از کشور ارسال شده است؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله -<i>لطفاً دواها و دوزها را در کادر زیر فهرست کنید</i></p>								

<p>Please bring any medicines to your child's appointment</p> <table border="1" data-bbox="150 340 775 784"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 340 564 376">Name</th> <th data-bbox="564 340 775 376">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 376 564 784"></td> <td data-bbox="564 376 775 784"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>لطفاً هر قسم دوا را در نوبت ویزیت طفل خود بیاورید</p> <table border="1" data-bbox="823 340 1449 784"> <thead> <tr> <th data-bbox="823 340 1238 376">نام</th> <th data-bbox="1238 340 1449 376">دوز</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="823 376 1238 784"></td> <td data-bbox="1238 376 1449 784"></td> </tr> </tbody> </table>	نام	دوز		
Name	Dose								
نام	دوز								
<p>2.23 Does your child have allergy to any medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.23 آیا طفل شما به دوابی حساسیت دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p>								
<p>2.24 Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.24 آیا طفل شما به چیز دیگری حساسیت دارد؟ (مثل غذا، نیش حشره، دستکش لاتکس)؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p>								
<p>Section three: Vaccinations</p>	<p>بخش سه: واکسیناسیون</p>								
<p>3.1 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. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.1 آیا طفل شما تمام واکسن های دوران طفولیت را که در کشور خود برای سن وی ارائه شده دریافت کرده است؟ اگر سوابق واکسیناسیون خود را دارید، لطفاً آن را در نوبت ویزیت بیاورید. <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نمی دانم</p>								
<p>3.2 Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.2 آیا طفل شما در برابر سل (TB) واکسینه شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نمی دانم</p>								

<p>3.3 Has your child been vaccinated against COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 1 dose</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 2 doses</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 3 doses</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.3 آیا طفل شما در برابر کووید-19 واکسینه شده است؟</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> خیر</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> بله</p> <p style="padding-left: 20px;">1 دوز <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">2 دوز <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">3 دوز <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">بیش از 3 دوز <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">نمی دانم <input type="checkbox"/></p>
<p>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</p>	<p>اگر نکته ای در رابطه با صحت طفلتان وجود دارد که دوست ندارید در این فرم مطرح کنید و می خواهید آن را با داکتر در میان بگذارید، لطفاً با داکتر عمومی خود در تماس شوید و نوبت ویزیت دریافت کنید.</p>