

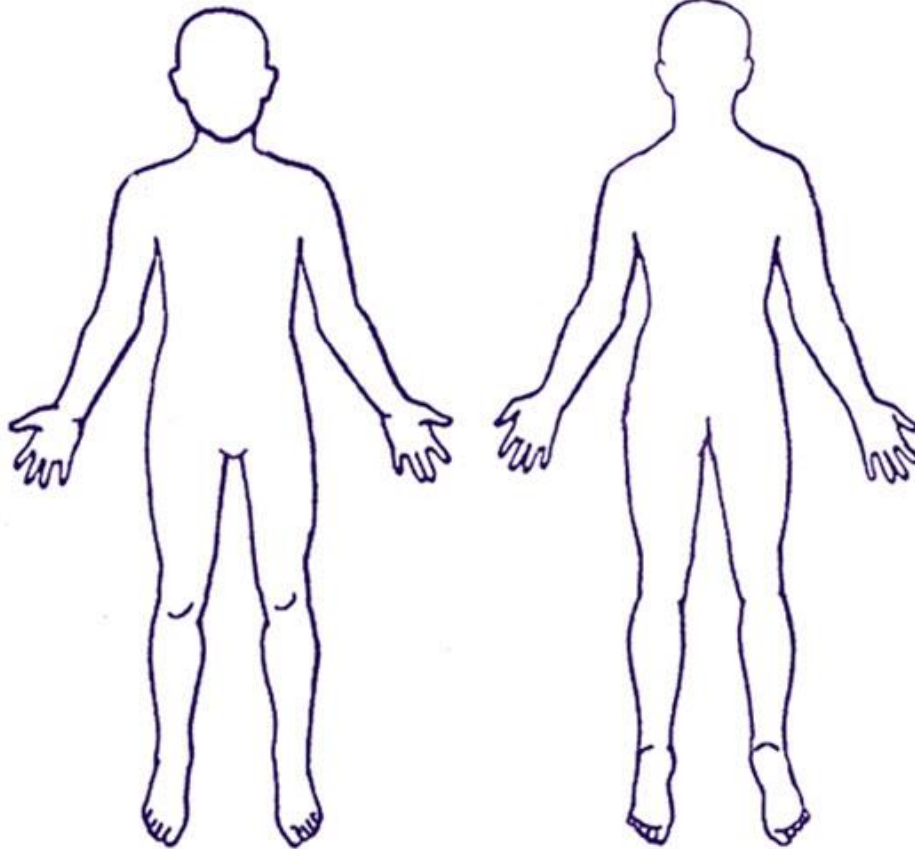
English	Spanish / Inglés
<p data-bbox="148 297 778 365">New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</p> <p data-bbox="148 376 778 517">Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP.</p> <p data-bbox="148 555 778 846">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.</p> <p data-bbox="148 884 778 1288">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 data-bbox="148 1326 778 1359">Return your answers to your GP practice.</p>	<p data-bbox="825 297 1455 365">Cuestionario para nuevos pacientes inmigrantes recién llegados al Reino Unido</p> <p data-bbox="825 376 1455 629">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)</p> <p data-bbox="825 667 1455 958">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.</p> <p data-bbox="825 996 1455 1512">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.</p> <p data-bbox="825 1550 1455 1617">Devuelva las respuestas a su centro de atención primaria.</p>
<p data-bbox="148 1691 563 1724">Section one: Personal details</p>	<p data-bbox="825 1691 1334 1724">Apartado uno: Información personal</p>
<p data-bbox="148 1736 300 1769">Full name:</p>	<p data-bbox="825 1736 1104 1769">Nombre y apellidos:</p>
<p data-bbox="148 1879 276 1912">Address:</p>	<p data-bbox="825 1879 968 1912">Dirección:</p>

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.
1.1 Date questionnaire completed:	1.1 Fecha de cumplimentación del cuestionario:
1.2 Which of the following best describes you? <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.2 ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo
1.3 Is this the same gender you were given at birth? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.3 ¿Es el mismo sexo que le adjudicaron al nacer? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo
1.4 Date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	1.4 Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____
1.5 Religion: <input type="checkbox"/> Buddhist <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	1.5 Religión: <input type="checkbox"/> Budista <input type="checkbox"/> Cristiana <input type="checkbox"/> Hindú <input type="checkbox"/> Judía <input type="checkbox"/> Musulmana <input type="checkbox"/> Sij <input type="checkbox"/> Otra religión <input type="checkbox"/> Ateo
1.6 Marital status: <input type="checkbox"/> Married/civil partner <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> None of the above	1.6 Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado/a o pareja de hecho <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viúdo/a <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores

<p>1.7 Sexual Orientation:</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual (attracted to the opposite sex)</p> <p><input type="checkbox"/> Homosexual (attracted to the same sex)</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual (attracted to males and females)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefer not to say</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>1.7 Orientación sexual:</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual (atraído por el sexo opuesto)</p> <p><input type="checkbox"/> Homosexual (atraído por el mismo sexo)</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual (atraído por hombres y mujeres)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo</p> <p><input type="checkbox"/> Otros</p>
<p>1.8 Main spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya</p> <p><input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian</p> <p><input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>1.8 Idioma principal:</p> <p><input type="checkbox"/> Albano <input type="checkbox"/> Ruso</p> <p><input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Tigríña</p> <p><input type="checkbox"/> Darí <input type="checkbox"/> Ucraniano</p> <p><input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Vietnamita</p> <p><input type="checkbox"/> Otros</p>
<p>1.9 Second spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya</p> <p><input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian</p> <p><input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese</p> <p><input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> None</p>	<p>1.9 Segundo idioma:</p> <p><input type="checkbox"/> Albano <input type="checkbox"/> Ruso</p> <p><input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Tigríña</p> <p><input type="checkbox"/> Darí <input type="checkbox"/> Ucraniano</p> <p><input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Vietnamita</p> <p><input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno</p>
<p>1.10 Do you need an interpreter?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>1.10 ¿Necesita un intérprete?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>1.11 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.</p> <p><input type="checkbox"/> Male</p> <p><input type="checkbox"/> Female</p> <p><input type="checkbox"/> I don't mind</p>	<p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre</p> <p><input type="checkbox"/> Mujer</p> <p><input type="checkbox"/> No me importa</p>
<p>1.12 Are you able to read in your own language?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I have difficulty reading</p>	<p>1.12 ¿Sabe leer en su propio idioma?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo dificultad para leer</p>
<p>1.13 Are you able to write in your own language?</p>	<p>1.13 ¿Sabe escribir en su propio idioma?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty writing		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tengo dificultad para escribir									
1.14 Do you need sign language support? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		1.14 ¿Necesita un asistente de lenguaje de signos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:		1.15 Facilítenos los datos de su familiar más cercano o de alguien con quien podamos contactar en caso de urgencia:									
<table border="1"> <tr> <td style="width: 25%;">Name:</td> <td rowspan="3" style="width: 75%;"><u>Next of kin</u></td> </tr> <tr> <td>Contact telephone number:</td> </tr> <tr> <td>Address:</td> </tr> </table>		Name:	<u>Next of kin</u>	Contact telephone number:	Address:	<table border="1"> <tr> <td style="width: 25%;">Nombre y apellidos:</td> <td rowspan="3" style="width: 75%;"><u>Familiar cercano</u></td> </tr> <tr> <td>Número de teléfono del contacto:</td> </tr> <tr> <td>Dirección:</td> </tr> </table>		Nombre y apellidos:	<u>Familiar cercano</u>	Número de teléfono del contacto:	Dirección:
Name:	<u>Next of kin</u>										
Contact telephone number:											
Address:											
Nombre y apellidos:	<u>Familiar cercano</u>										
Número de teléfono del contacto:											
Dirección:											
<table border="1"> <tr> <td style="width: 25%;">Name:</td> <td rowspan="3" style="width: 75%;"><u>Emergency contact (if different)</u></td> </tr> <tr> <td>Contact telephone number:</td> </tr> <tr> <td>Address:</td> </tr> </table>		Name:	<u>Emergency contact (if different)</u>	Contact telephone number:	Address:	<table border="1"> <tr> <td style="width: 25%;">Nombre y apellidos:</td> <td rowspan="3" style="width: 75%;"><u>Contacto para urgencias (si es diferente)</u></td> </tr> <tr> <td>Número de teléfono del contacto:</td> </tr> <tr> <td>Dirección:</td> </tr> </table>		Nombre y apellidos:	<u>Contacto para urgencias (si es diferente)</u>	Número de teléfono del contacto:	Dirección:
Name:	<u>Emergency contact (if different)</u>										
Contact telephone number:											
Address:											
Nombre y apellidos:	<u>Contacto para urgencias (si es diferente)</u>										
Número de teléfono del contacto:											
Dirección:											

Section two: Health questions	Apartado dos: Preguntas sobre la salud
<p>2.1 Are you currently feeling unwell or ill?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.1 ¿Actualmente se encuentra mal o enfermo?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>2.2 Do you need an urgent help for your health problem?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.2 ¿Necesita ayuda urgente para su problema de salud?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>2.3 Do you currently have any of the following symptoms? <i>Please tick all that apply</i></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"/> Skin complaints or rashes</p> <p><input type="checkbox"/> Blood in your urine</p> <p><input type="checkbox"/> Blood in your stool</p> <p><input type="checkbox"/> Headache</p> <p><input type="checkbox"/> Pain</p> <p><input type="checkbox"/> Low mood</p> <p><input type="checkbox"/> Anxiety</p> <p><input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulty sleeping</p> <p><input type="checkbox"/> Feeling like you can't control your thoughts or actions</p> <p><input type="checkbox"/> Feeling that you want to harm yourself or give up on life</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>2.3 ¿Actualmente tiene alguno de los siguientes síntomas? <i>Señale todo lo que corresponda</i></p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida de peso</p> <p><input type="checkbox"/> Tos</p> <p><input type="checkbox"/> Tos con sangre</p> <p><input type="checkbox"/> Sudores nocturnos</p> <p><input type="checkbox"/> Cansancio extremo</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas respiratorios</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrea</p> <p><input type="checkbox"/> Dolencias o picores cutáneos</p> <p><input type="checkbox"/> Sangre en la orina</p> <p><input type="checkbox"/> Sangre en las heces</p> <p><input type="checkbox"/> Migraña</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor</p> <p><input type="checkbox"/> Ánimo bajo</p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedad</p> <p><input type="checkbox"/> Recuerdos o pesadillas angustiosos</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad para dormir</p> <p><input type="checkbox"/> Siente que no se pueden controlar los pensamientos o acciones propios</p> <p><input type="checkbox"/> Siente que quiere lesionarse o acabar con su vida</p> <p><input type="checkbox"/> Otros</p>
<p>2.4 Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)</p>	<p>2.4 Marque en la imagen corporal la(s) zona(s) en la(s) que tiene su(s) problema(s) de salud actual(es)</p>



<p>2.5 Do you have any known health problems that are ongoing?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.5 ¿Tiene algún problema de salud conocido y en desarrollo?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>2.6 Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Arthritis</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> Blood disorder</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Thalassaemia</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> Dental problems</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsy</p> <p><input type="checkbox"/> Eye problems</p> <p><input type="checkbox"/> Heart problems</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis C</p> <p><input type="checkbox"/> HIV or AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> High blood pressure</p>	<p>2.6 ¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? Señale todo lo que corresponda</p> <p><input type="checkbox"/> Artritis</p> <p><input type="checkbox"/> Asma</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Drepanocitosis</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Talasemia</p> <p><input type="checkbox"/> Cáncer</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas dentales</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsia</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de visión</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas cardíacos</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis C</p> <p><input type="checkbox"/> VIH o SIDA</p>

<input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <input type="checkbox"/> Long-term lung problem/breathing difficulties <input type="checkbox"/> Mental health problems <ul style="list-style-type: none"> <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"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Skin disease <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Thyroid disease <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Problemas del riñón <input type="checkbox"/> Problemas del hígado <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares crónicos / dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ánimo bajo / depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Trastorno por estrés postraumático (PTSD) <input type="checkbox"/> Autolesiones anteriores <input type="checkbox"/> Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel <input type="checkbox"/> Ictus <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Otros
2.7 Have you ever had any operations / surgery? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.7 ¿Ha tenido alguna operación/cirugía? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.8 If you have had an operation / surgery, how long ago was this? <input type="checkbox"/> In the last 12 months <input type="checkbox"/> 1 – 3 years ago <input type="checkbox"/> Over 3 years ago	2.8 Si ha tenido una operación/cirugía, ¿cuánto tiempo hace de esto? <input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Hace 1-3 años <input type="checkbox"/> Hace más de 3 años
2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.9 ¿Tiene alguna lesión física por motivos de guerra, conflictos o tortura? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.10 Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.11 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	2.11 Algunos 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

- Cancer
- Diabetes
- Depression/Mental health illness
- Heart attack
- High blood pressure
- Stroke
- Other

- Cáncer
- Diabetes
- Depresión / enfermedad de la salud mental
- Infarto de miocardio
- Hipertensión
- Ictus
- Otros

2.12 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

2.13 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

2.14 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

2.15	Are you allergic to any medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.15	¿Es usted alérgico a algún medicamento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.16	Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.16	¿Es alérgico a alguna otra cosa (por ejemplo, alimentos, picaduras de insectos, guantes de látex)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.17	Do you have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.17	¿Tiene alguna discapacidad física o dificultades de movilidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.18	Do you have any sensory impairments? <i>Please tick all that apply</i> <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	2.18	¿Tiene alguna discapacidad sensorial? <i>Señale todo lo que corresponda</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Pérdida parcial de la vista <input type="checkbox"/> Pérdida total de la audición <input type="checkbox"/> Pérdida parcial de la audición <input type="checkbox"/> Problemas del olfato o del gusto
2.19	Do you have any learning difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.19	¿Tiene dificultades de aprendizaje? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.20	Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.20	¿Hay algún asunto privado en particular que le gustaría tratar/plantear en su próxima consulta con un profesional sanitario? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

<p>Section three: Lifestyle questions</p>	<p>Apartado tres: Preguntas sobre el estilo de vida</p>
<p>3.1 How often do you drink alcohol?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p> <p><input type="checkbox"/> Monthly or less</p> <p><input type="checkbox"/> 2-4 times per month</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 times per week</p> <p><input type="checkbox"/> 4 or more times per week</p> <p><i>There is 1 unit of alcohol in:</i></p> <div style="text-align: center;">  <p><i>½ pint glass of beer</i></p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><i>1 small glass of wine</i></p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><i>1 single measure of spirits</i></p> </div>	<p>3.1 ¿Con qué frecuencia bebe alcohol?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos</p> <p><input type="checkbox"/> 2-4 veces al mes</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 veces a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4 o más veces a la semana</p> <p><i>Hay 1 unidad de alcohol en:</i></p> <div style="text-align: center;">  <p><i>½ pinta de una jarra de cerveza</i></p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><i>1 vaso pequeño de vino</i></p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><i>1 medida sencilla de licor</i></p> </div>
<p>a. How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-2</p> <p><input type="checkbox"/> 3-4</p> <p><input type="checkbox"/> 5-6</p> <p><input type="checkbox"/> 7-9</p> <p><input type="checkbox"/> 10 or more</p>	<p>a. ¿Cuántas unidades de alcohol toma en un día normal cuando bebe?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-2</p> <p><input type="checkbox"/> 3-4</p> <p><input type="checkbox"/> 5-6</p> <p><input type="checkbox"/> 7-9</p> <p><input type="checkbox"/> 10 o más</p>
<p>b. 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?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p> <p><input type="checkbox"/> Less than monthly</p>	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes</p>

<input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Daily or almost daily	<input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> A diario o casi a diario
<p>c. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful <input type="checkbox"/> Yes	<p>c. ¿Toma alguna droga que pueda ser perjudicial para su salud, por ejemplo, cannabis, cocaína o heroína?</p> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> He dejado de tomar drogas que podrían ser perjudiciales <input type="checkbox"/> Sí
<p>d. Do you smoke?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit smoking <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Cigarettes How many per day? _____ <p>How many years have you smoked for? _____</p> <input type="checkbox"/> Tobacco <p>Would you like help to stop smoking?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>d. ¿Fuma?</p> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> He dejado de fumar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cigarrillos ¿Cuántos al día? _____ ¿Cuántos años ha fumado? _____ <p><input type="checkbox"/> Tabaco</p> <p>¿Le gustaría tener ayuda para dejar de fumar?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>e. Do you chew tobacco?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco <input type="checkbox"/> Yes	<p>e. ¿Masca tabaco?</p> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> He dejado de mascar tabaco <input type="checkbox"/> Sí
<p>Section four: Vaccinations</p>	<p>Apartado cuatro: Vacunas</p>
<p>4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin?</p> <p><i>If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.</i></p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<p>4.1 ¿Ha recibido todas las vacunas infantiles que se ofrecen en su país de origen?</p> <p><i>Si tiene un registro de su historial de vacunación, por favor tráigalo a la consulta.</i></p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No lo sé

<p>4.2 Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>4.2 ¿Le han vacunado contra la tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé</p>
<p>4.3 Have you been vaccinated against COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1 dose</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 2 doses</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 3 doses</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>4.3 ¿Le han vacunado contra el COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1 dosis</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 2 dosis</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 3 dosis</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Más de 3 dosis</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé</p>
<p>Section five: Questions for female patients only</p>	<p>Apartado cinco: Preguntas para las mujeres únicamente</p>
<p>5.1 Are you pregnant?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> I might be pregnant</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p style="padding-left: 40px;">How many weeks pregnant are you? _____</p>	<p>5.1 ¿Está embarazada?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Podría estar embarazada</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p style="padding-left: 40px;">¿De cuántas semanas está embarazada? _____</p>
<p>5.2 Do you use contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p style="padding-left: 40px;">What method do you use?</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Barrier contraception <i>e.g. condoms, gel</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Oral contraceptive pill</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Copper Coil/Intrauterine device (IUD)</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) <i>e.g. Mirena</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Contraceptive injection</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Contraceptive implant</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>5.2 ¿Usa anticonceptivos?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p style="padding-left: 40px;">¿Qué método usa?</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Anticonceptivos de barrera como condones, gel</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Píldora anticonceptiva oral</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Espiral de cobre / Dispositivo intrauterino (DIU)</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Espiral hormonal / sistema intrauterino (SIU), <i>p. ej. Mirena</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Inyección anticonceptiva</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Implante anticonceptivo</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Otros</p>
<p>5.3 Do you urgently need any contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.3 ¿Necesita urgentemente algún método anticonceptivo?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>

<p>5.4 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.</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I would like to be given more information</p>	<p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Me gustaría recibir más información</p>
<p>5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.5 ¿Se ha sometido a una histerectomía (operación para extirpar el útero y el cuello uterino)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>5.6 As a female patient is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.6 Como paciente femenina, ¿hay algún asunto privado en particular que le gustaría tratar/plantear en su próxima consulta con un profesional sanitario?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>