

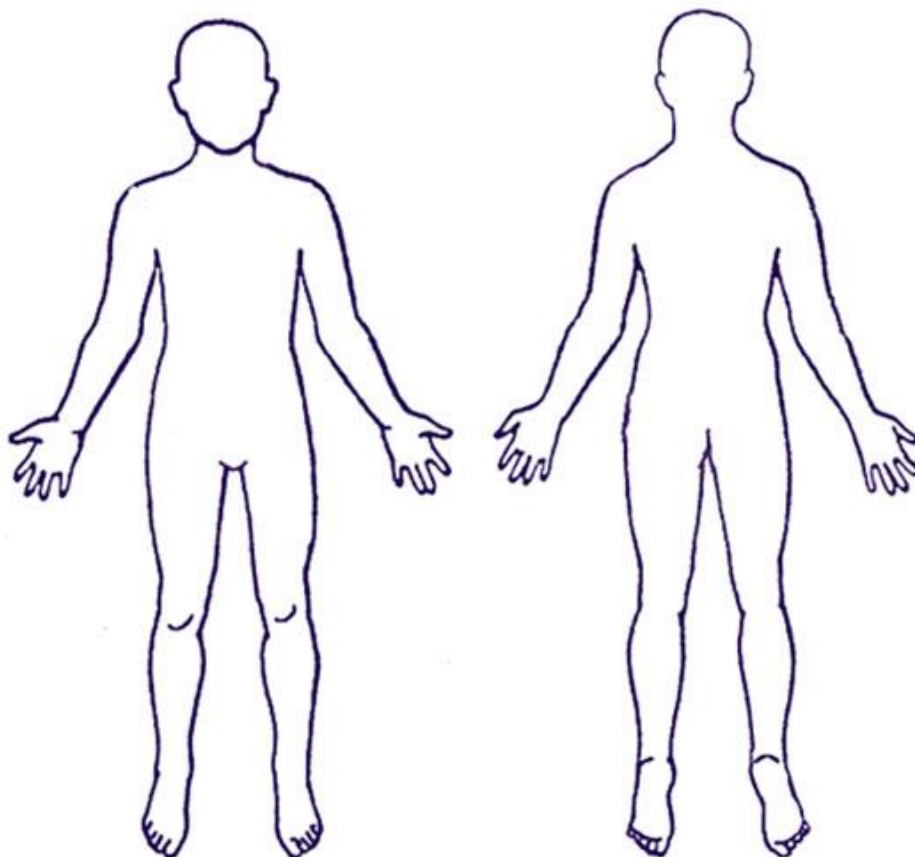
English	Romanian
<p>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</p>	<p>Chestionar pentru pacienți destinat imigranților nou sosiți în Marea Britanie: copii și tineri</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration 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><b>Competent young people aged under 18 may complete the adult version for themselves.</b></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>Orice persoană are dreptul de a se înregistra la un medic de familie. Nu aveți nevoie de dovada adresei, a statutului de imigrant, de actul de identitate sau de un număr NHS pentru a vă înscrie la un medic de familie.</p> <p>Acest chestionar are rolul de a obține informații despre starea de sănătate a copiilor, astfel încât cadrele medicale de la cabinetul dvs. de medicină de familie să poată înțelege de ce tip de sprijin, tratament și servicii specializate ar putea avea nevoie, în conformitate cu politicile de confidențialitate și de partajare a datelor ale Serviciului Național de Sănătate (NHS).</p> <p><b>Tinerii capabili cu vârsta sub 18 ani pot completa singuri versiunea pentru adulți.</b></p> <p>Medicul dvs. de familie nu va dezvălui nicio informație pe care o furnizați în alte scopuri decât îngrijirea dvs. directă, cu excepția cazului în care: v-ați dat consimțământul (de ex., pentru a sprijini cercetarea medicală); sau este obligat să facă acest lucru prin lege (de ex., pentru a proteja alte persoane de vătămări grave); sau pentru că există un interes public superior (de ex., suferiți de o boală transmisibilă). Informații suplimentare despre modul în care medicul dvs. de familie va utiliza datele dvs. sunt disponibile la cabinetul dvs. de medicină de familie.</p> <p>Dați răspunsurile la cabinetul medicului dvs. de familie.</p>

Person completing	Persoana care completează
Who is completing this form: <input type="checkbox"/> Child's Parent <input type="checkbox"/> Child's legal guardian/carer	Cine completează acest formular: <input type="checkbox"/> Părintele copilului <input type="checkbox"/> Tutorele legal/îngrijitorul copilului
<b>Section one: Personal details</b>	<b>Secțiunea unu: Date personale</b>
Child's full name:	Numele complet al copilului:
Child's date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	Data de naștere a copilului: Data _____ Luna _____ Anul _____
Child's address:	Adresa copilului:
Mother's name:	Numele mamei:
Father's name:	Numele tatălui:
Contact telephone number(s):	Număr(e) de telefon de contact:
Email address:	Adresa de e-mail:
<b>Please tick all the answer boxes that apply to your child.</b>	<b>Vă rugăm să bifați toate căsuțele de răspuns care se aplică copilului dvs.</b>

<p>1.1 Which of the following best describes your child:</p> <p><input type="checkbox"/> Male</p> <p><input type="checkbox"/> Female</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Prefer not to say</p>	<p>1.1 Care dintre următoarele descriu cel mai bine copilul dvs.:</p> <p><input type="checkbox"/> Sex masculin</p> <p><input type="checkbox"/> Sex feminin</p> <p><input type="checkbox"/> Altele</p> <p><input type="checkbox"/> Prefer să nu menționez</p>
<p>1.2 Religion:</p> <p><input type="checkbox"/> Buddhist</p> <p><input type="checkbox"/> Christian</p> <p><input type="checkbox"/> Hindu</p> <p><input type="checkbox"/> Jewish</p> <p><input type="checkbox"/> Muslim</p> <p><input type="checkbox"/> Sikh</p> <p><input type="checkbox"/> Other religion</p> <p><input type="checkbox"/> No religion</p>	<p>1.2 Religie:</p> <p><input type="checkbox"/> Budistă</p> <p><input type="checkbox"/> Creștină</p> <p><input type="checkbox"/> Hindușă</p> <p><input type="checkbox"/> Iudaică</p> <p><input type="checkbox"/> Musulmană</p> <p><input type="checkbox"/> Sikh</p> <p><input type="checkbox"/> Altă religie</p> <p><input type="checkbox"/> Fără religie</p>
<p>1.3 Main spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanian</p> <p><input type="checkbox"/> Arabic</p> <p><input type="checkbox"/> Dari</p> <p><input type="checkbox"/> English</p> <p><input type="checkbox"/> Persian</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrinya</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrainian</p> <p><input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamese</p>	<p>1.3 Limba principală vorbită:</p> <p><input type="checkbox"/> Albaneză</p> <p><input type="checkbox"/> Arabă</p> <p><input type="checkbox"/> Dari</p> <p><input type="checkbox"/> Engleză</p> <p><input type="checkbox"/> Persiană</p> <p><input type="checkbox"/> Altele</p> <p><input type="checkbox"/> Rusă</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrină</p> <p><input type="checkbox"/> Ucraineană</p> <p><input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnameză</p>
<p>1.4 Second spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanian</p> <p><input type="checkbox"/> Arabic</p> <p><input type="checkbox"/> Dari</p> <p><input type="checkbox"/> English</p> <p><input type="checkbox"/> Persian</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrinya</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrainian</p> <p><input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamese</p> <p><input type="checkbox"/> None</p>	<p>1.4A doua limbă vorbită:</p> <p><input type="checkbox"/> Albaneză</p> <p><input type="checkbox"/> Arabă</p> <p><input type="checkbox"/> Dari</p> <p><input type="checkbox"/> Engleză</p> <p><input type="checkbox"/> Persiană</p> <p><input type="checkbox"/> Altele</p> <p><input type="checkbox"/> Rusă</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrină</p> <p><input type="checkbox"/> Ucraineană</p> <p><input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnameză</p> <p><input type="checkbox"/> Niciuna</p>
<p>1.5 Does your child need an interpreter?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>1.5 Copilul dvs. are nevoie de un interpret?</p> <p><input type="checkbox"/> Da</p> <p><input type="checkbox"/> Nu</p>
<p>1.6 Does your child need sign language support?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>1.6 Copilul dvs. are nevoie de asistență în limbajul semnelor?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu</p> <p><input type="checkbox"/> Da</p>
<p>1.7 Who lives in the same household as your child now in the UK?</p> <p><input type="checkbox"/> Mother</p>	<p>1.7 Ce persoane locuiesc în aceeași gospodărie cu copilul dvs. acum în Marea Britanie?</p>

<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? _____	<input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Tatăl <input type="checkbox"/> Frate(ți) Câți? _____ Ce vârstă(e) are(au)? _____ <input type="checkbox"/> Soră(surori) <input type="checkbox"/> Câte? _____ <input type="checkbox"/> Ce vârstă(e) are(au)? _____ <input type="checkbox"/> Altele <input type="checkbox"/> Câte? _____
<p>1.8 Does your child attend nursery or school?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> My child is under 2 years of age <input type="checkbox"/> We have applied for a place but have not yet been allocated a nursery/school <input type="checkbox"/> I would like information on where I can get support to apply for a nursery or school place  <input type="checkbox"/> Yes – <i>please give name of nursery or school</i> _____	<p>1.8 Copilul dvs. merge la grădiniță sau la școală?</p> <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Copilul meu are vârsta mai mică de 2 ani <input type="checkbox"/> Am aplicat pentru un loc, dar nu mi s-a alocat încă o creșă/școală <input type="checkbox"/> Aș dori informații despre unde pot obține sprijin pentru a solicita un loc la grădiniță sau la școală  <input type="checkbox"/> Da - <i>vă rog să precizați numele grădiniței sau al școlii</i> _____
<p><b>Section two: Health questions</b></p>	<p><b>Secțiunea doi: Întrebări referitoare la sănătate</b></p>
<p>2.1 Do you have any concerns about your child?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.1 Aveți vreo îngrijorare cu privire la copilul dvs.?</p> <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
<p>2.2 Is your child currently unwell or ill?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.2 Copilul dvs. nu se simte bine sau este bolnav în prezent?</p> <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
<p>2.3 Does your child need an urgent help for a health problem?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.3 Copilul dvs. are nevoie de asistență urgentă pentru o problemă de sănătate?</p> <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da

<p>2.4 Does your child currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Weight loss</li> <li><input type="checkbox"/> Cough</li> <li><input type="checkbox"/> Coughing up blood</li> <li><input type="checkbox"/> Night sweats</li> <li><input type="checkbox"/> Extreme tiredness</li> <li><input type="checkbox"/> Breathing problems</li> <li><input type="checkbox"/> Fevers</li> <li><input type="checkbox"/> Diarrhoea</li> <li><input type="checkbox"/> Constipation</li> <li><input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes</li> <li><input type="checkbox"/> Blood in their urine</li> <li><input type="checkbox"/> Blood in their stool</li> <li><input type="checkbox"/> Headache</li> <li><input type="checkbox"/> Pain</li> <li><input type="checkbox"/> Low mood</li> <li><input type="checkbox"/> Anxiety</li> <li><input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares</li> <li><input type="checkbox"/> Difficulty sleeping</li> <li><input type="checkbox"/> Feeling that they want to harm themselves or give up on life</li> <li><input type="checkbox"/> Other</li> </ul>	<p>2.4 Are copilul dvs. în prezent oricare dintre următoarele simptome? Vă rugăm să bifați toate variantele care se aplică</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pierderea greutateii</li> <li><input type="checkbox"/> Tuse</li> <li><input type="checkbox"/> Tuse cu sânge</li> <li><input type="checkbox"/> Transpirații nocturne</li> <li><input type="checkbox"/> Oboseală extremă</li> <li><input type="checkbox"/> Probleme de respirație</li> <li><input type="checkbox"/> Stări febrile</li> <li><input type="checkbox"/> Diaree</li> <li><input type="checkbox"/> Constipație</li> <li><input type="checkbox"/> Afecțiuni ale pielii sau erupții cutanate</li> <li><input type="checkbox"/> Sânge în urină</li> <li><input type="checkbox"/> Sânge în materiile fecale</li> <li><input type="checkbox"/> Durere de cap</li> <li><input type="checkbox"/> Durere</li> <li><input type="checkbox"/> Stare de spirit scăzută</li> <li><input type="checkbox"/> Anxietate</li> <li><input type="checkbox"/> Flashback-uri sau coșmaruri tulburătoare</li> <li><input type="checkbox"/> Dificultate la a dormi</li> <li><input type="checkbox"/> Sentimentul că vrea să își facă rău sau să renunțe la viață</li> <li><input type="checkbox"/> Altele</li> </ul>
<p>2.5 Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s)</p>	<p>2.5 Vă rugăm să marcați pe imaginea corpului zona(le) în care se confruntă cu problema(le) actuală(le) de sănătate</p>



<p>2.6 Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.6 Copilul dvs. s-a născut prematur (naștere prematură - înainte de 37 săptămâni/8,5 luni de sarcină)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da</p>
<p>2.7 Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.7A avut copilul dvs. probleme de sănătate la scurt timp după naștere, de ex., probleme respiratorii, infecții, leziuni cerebrale?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da</p>
<p><b>2.8 New babies only (up to 3 months old):</b> 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><b>2.8 Numai pentru nou-născuți (până la 3 luni):</b> Copilul dvs. a fost supus unui control de sănătate la 6-8 săptămâni după naștere de către un medic de familie?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da</p>
<p>2.9 Does your child have any known health problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>2.9 Are copilul dvs. probleme de sănătate cunoscute?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu</p>

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Da
<p>2.10 Does your child have any of the following? Please tick all that apply</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Asthma</li> <li><input type="checkbox"/> Blood disorder <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia</li> <li><input type="checkbox"/> Thalassaemia</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Cancer</li> <li><input type="checkbox"/> Dental problems</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes</li> <li><input type="checkbox"/> Epilepsy</li> <li><input type="checkbox"/> Eye problems</li> <li><input type="checkbox"/> Ears, nose or throat</li> <li><input type="checkbox"/> Heart problems</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatitis B</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatitis C</li> <li><input type="checkbox"/> HIV</li> <li><input type="checkbox"/> Kidney problems</li> <li><input type="checkbox"/> Liver problems</li> <li><input type="checkbox"/> Mental health problems <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Low mood/depression</li> <li><input type="checkbox"/> Anxiety</li> <li><input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD)</li> <li><input type="checkbox"/> Previously self-harmed</li> <li><input type="checkbox"/> Attempted suicide</li> <li><input type="checkbox"/> Other</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Skin disease</li> <li><input type="checkbox"/> Thyroid disease</li> <li><input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)</li> <li><input type="checkbox"/> Other</li> </ul>	<p>2.10 Suferă copilul dvs. de vreuna dintre următoarele afecțiuni? Vă rugăm să bifați toate variantele care se aplică</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Astm</li> <li><input type="checkbox"/> Afecțiuni ale sângelui <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Siclemie</li> <li><input type="checkbox"/> Talasemie</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Cancer</li> <li><input type="checkbox"/> Afecțiuni dentare</li> <li><input type="checkbox"/> Diabet</li> <li><input type="checkbox"/> Epilepsie</li> <li><input type="checkbox"/> Afecțiuni oculare</li> <li><input type="checkbox"/> Urechi, nas sau gât</li> <li><input type="checkbox"/> Afecțiuni cardiace</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatita B</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatita C</li> <li><input type="checkbox"/> HIV</li> <li><input type="checkbox"/> Afecțiuni legate de rinichi</li> <li><input type="checkbox"/> Afecțiuni legate de ficat</li> <li><input type="checkbox"/> Afecțiuni legate de sănătatea mintală <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Stare de spirit scăzută/depresie</li> <li><input type="checkbox"/> Anxietate</li> <li><input type="checkbox"/> Tulburare de stres posttraumatic (PTSD)</li> <li><input type="checkbox"/> Auto-vătămare în trecut</li> <li><input type="checkbox"/> Tentativă de sinucidere</li> <li><input type="checkbox"/> Altele</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Boală de piele</li> <li><input type="checkbox"/> Boala tiroidiană</li> <li><input type="checkbox"/> Tuberculoză (TB)</li> <li><input type="checkbox"/> Altele</li> </ul>
<p>2.11 Has your child ever had any operations / surgery?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> Yes</li> </ul>	<p>2.11A suferit vreodată copilul dvs. vreo operație / intervenție chirurgicală?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nu</li> <li><input type="checkbox"/> Da</li> </ul>
<p>2.12 Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> Yes</li> </ul>	<p>2.12 Are copilul dvs. răni fizice cauzate de război, situații de conflict sau tortură?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nu</li> <li><input type="checkbox"/> Da</li> </ul>
<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> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No</li> </ul>	<p>2.13 Are copilul dvs. probleme legate de sănătatea mintală? Acestea ar putea fi cauzate de război, situații de conflict, tortură sau de faptul că ați fost forțat(ă) să vă părăsiți țara?</p>

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
2.14 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.14 Are copilul dvs. vreun handicap fizic sau dificultăți de mobilitate? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
2.15 Does your child have any sensory impairments? Please tick all that apply <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	2.15 Are copilul dvs. vreo deficiență senzorială? Vă rugăm să bifați toate variantele care se aplică <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Orbire <input type="checkbox"/> Pierderea parțială a vederii <input type="checkbox"/> Pierderea completă a auzului <input type="checkbox"/> Pierderea parțială a auzului <input type="checkbox"/> Probleme legate de miros și/sau gust
2.16 Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.16 Credeți că copilul dvs. are dificultăți de învățare sau probleme de comportament? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
2.17 Do you have any concerns about your child's growth e.g. their weight/height? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.17 Aveți vreo îngrijorare cu privire la dezvoltarea copilului dvs., de ex., greutatea/înălțimea lui? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
2.18 <b>Babies only:</b> Is your child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<b>2.18 Numai pentru bebeluși:</b> Se confruntă copilul dvs. cu probleme de hrănire, de ex., vărsături, reflux, refuză laptele? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
2.19 Has a member of your child's immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following?  <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> High blood pressure	2.19 Un membru al familiei copilului dvs. apropiate (tată, mamă, frați și bunici) a avut sau a suferit de una dintre următoarele afecțiuni?  <input type="checkbox"/> Astm <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Depresie/boală de sănătate mintală <input type="checkbox"/> Diabet <input type="checkbox"/> Atac de cord <input type="checkbox"/> Hepatita B <input type="checkbox"/> Tensiune arterială ridicată



<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Learning difficulties <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Dificultăți de învățare <input type="checkbox"/> Accident vascular cerebral <input type="checkbox"/> Tuberculoză (TB) <input type="checkbox"/> Altele								
<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><b>Please bring any prescriptions or medicines to your child’s appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="150 857 775 1301"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 857 564 898">Name</th> <th data-bbox="564 857 775 898">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 898 564 1301"></td> <td data-bbox="564 898 775 1301"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.20 Copilul dvs. ia vreun medicament prescris?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu  <input type="checkbox"/> Da - <i>vă rugăm să enumerați medicamentele prescrise ale copilului dvs. și dozele în căsuța de mai jos</i></p> <p><b>Vă rugăm să aduceți toate rețetele sau medicamentele la programarea copilului dvs.</b></p> <table border="1" data-bbox="823 857 1453 1301"> <thead> <tr> <th data-bbox="823 857 1240 898">Denumire</th> <th data-bbox="1240 857 1453 898">Doză</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="823 898 1240 1301"></td> <td data-bbox="1240 898 1453 1301"></td> </tr> </tbody> </table>	Denumire	Doză		
Name	Dose								
Denumire	Doză								
<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 Vă faceți griji că veți rămâne fără aceste medicamente în următoarele câteva săptămâni?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu  <input type="checkbox"/> Da</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><b>Please bring any medicines to your child’s appointment</b></p>	<p>2.22 Ia copilul dvs. medicamente care nu au fost prescrise de un profesionist din domeniul sănătății, de ex., medicamente cumpărate de la o farmacie/un magazin/pe internet sau livrate din străinătate?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu  <input type="checkbox"/> Da - <i>vă rugăm să enumerați medicamentele și dozele în căsuța de mai jos</i></p>								

<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 271 564 309">Name</th> <th data-bbox="564 271 775 309">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 309 564 712"></td> <td data-bbox="564 309 775 712"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p data-bbox="922 199 1398 304"><b>Vă rugăm să aduceți toate medicamentele la programarea copilului dvs.</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="826 383 1241 421">Denumire</th> <th data-bbox="1241 383 1452 421">Doză</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="826 421 1241 824"></td> <td data-bbox="1241 421 1452 824"></td> </tr> </tbody> </table>	Denumire	Doză		
Name	Dose								
Denumire	Doză								
<p data-bbox="150 902 746 969">2.23 Does your child have allergy to any medicines?</p> <p data-bbox="245 969 341 1043"> <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes </p>	<p data-bbox="874 902 1385 969">2.23 Are copilul dvs. alergie la vreun medicament?</p> <p data-bbox="922 969 1018 1043"> <input type="checkbox"/> Nu  <input type="checkbox"/> Da </p>								
<p data-bbox="150 1088 751 1193">2.24 Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?</p> <p data-bbox="245 1193 341 1267"> <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes </p>	<p data-bbox="874 1088 1430 1193">2.24 Are copilul dvs. alergie la altceva? (de ex., alimente, înțepături de insecte, mănuși din latex)?</p> <p data-bbox="922 1193 1018 1267"> <input type="checkbox"/> Nu  <input type="checkbox"/> Da </p>								
<p data-bbox="150 1339 671 1384"><b>Section three: Vaccinations</b></p>	<p data-bbox="826 1339 1289 1384"><b>Secțiunea trei: Vaccinări</b></p>								
<p data-bbox="150 1429 743 1534">3.1 Has your child had all the childhood vaccinations offered in their country of origin for their age?</p> <p data-bbox="150 1534 756 1641"><b><i>If you have a record of your vaccination history, please bring this to your appointment.</i></b></p> <p data-bbox="245 1641 456 1753"> <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> I don't know </p>	<p data-bbox="874 1429 1433 1534">3.1A făcut copilul dvs. toate vaccinurile pentru copii oferite în țara de origine conform vârstei sale?</p> <p data-bbox="826 1534 1455 1608"><b><i>Dacă aveți o fișă cu istoricul vaccinărilor, vă rugăm să o aduceți la programare.</i></b></p> <p data-bbox="922 1608 1056 1720"> <input type="checkbox"/> Nu  <input type="checkbox"/> Da  <input type="checkbox"/> Nu știu </p>								
<p data-bbox="150 1839 759 1910">3.2 Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <p data-bbox="245 1910 456 2022"> <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> I don't know </p>	<p data-bbox="874 1839 1439 1910">3.2A fost copilul dvs. vaccinat împotriva tuberculozei (TB)?</p> <p data-bbox="922 1910 1056 2022"> <input type="checkbox"/> Nu  <input type="checkbox"/> Da  <input type="checkbox"/> Nu știu </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>3.3A fost copilul dvs. vaccinat împotriva COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu</p> <p><input type="checkbox"/> Da</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 1 doză</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 2 doze</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 3 doze</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Mai mult de 3 doze</p> <p><input type="checkbox"/> Nu știu</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>Dacă există ceva legat de sănătatea copilului dvs. ce nu doriți să împărtășiți în acest formular și doriți să discutați cu un medic, vă rugăm să vă sunați medicul de familie și să faceți o programare.</p>