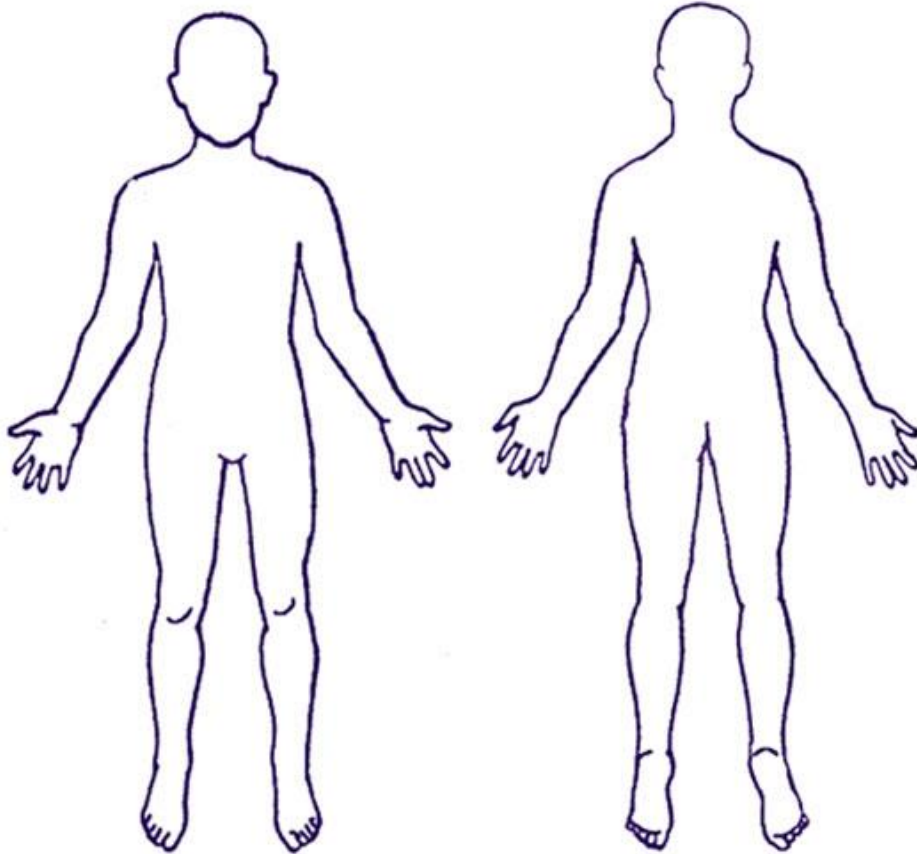


| English | Pashto / انگریزي |
|---|--|
| <p>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</p> | <p>انگلستان ته د نويو راغلو مهاجرينو د ناروغ پوښتنلیک: ماشومان او ځوانان هلکو لپاره</p> |
| <p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of 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>هر څوک حق لري چې د GP سره راجسټر شي. تاسو د GP سره د راجسټر کيدو لپاره د ادرس ثبوت، د مهاجريت وضعيت، ID يا NHS شميرې ته اړتيا نلري</p> <p>دا پوښتنلیک ستاسو د روغتيا په اړه د معلوماتو راټولولو لپاره دی ترڅو ستاسو د GP په تمرین کې روغتيايي مسلکي پوه شي چې تاسو د ملي روغتيا خدماتو محرمیت او د معلوماتو شريکولو پالیسيو سره سم کوم ملاتړ، درملنه او متخصص خدمتونه ترلاسه کولی شئ.</p> <p>د 18 کالو څخه کم عمر لرونکي تکړه ځوانان ممکن د ځان لپاره د بالغ نسخه بشپړ کړي.</p> <p>ستاسو GP به ستاسو د مستقیم پاملرنې پرته د نورو موخو لپاره کوم معلومات چې تاسو یې چمتو کوئ ښکاره نه کړي مگر دا چې: تاسو رضامندي نه وي ورکړی (د بیلگې په توګه د طبي څیړنې ملاتړ کول)؛ یا دوی اړ دي چې د قانون له مخې دا کار وکړي (د بیلگې په توګه د نورو خلکو د جدي زیان څخه ساتنه)؛ یا د دې لپاره چې د عامه ګټو زیرمه شتون ولري (د بیلگې په توګه تاسو په ساري ناروغی اخته یاست). د دې په اړه نور معلومات چې ستاسو GP به ستاسو معلومات څنګه کاروي ستاسو د GP تمرین څخه شتون لري.</p> <p>خپل ځوابونه خپل GP تمرین ته ورکړي.</p> |
| <p>Person completing</p> | <p>هغه کس چې بشپړوي</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>دا فورمه څوک ډکوي:</p> <p><input type="checkbox"/> د ماشوم والدین</p> <p><input type="checkbox"/> د ماشوم قانوني سرپرست/پالونکی</p> |

| | |
|---|---|
| Section one: Personal details | لومړۍ برخه: شخصي توضیحات |
| Child's full name: | د ماشوم پوره نوم: |
| Child's date of birth: Date _____ Month _____ Year _____ | د زیږون نېټه: نېټه _____ میاشت _____ کال _____ |
| Child's address: | د ماشوم ادرس: |
| Mother's name: | د مور نوم: |
| Father's name: | د پلار نوم: |
| Contact telephone number(s): | د تلیفون شمیره: |
| Email address: | ای میل ادرس: |
| Please tick all the answer boxes that apply to your child. | مهرباني وکړئ د ځوابونو ټول بکسونه په نښه کړئ چې ستاسو په ماشوم باندې پلي کیږي. |
| 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 له لاندې څخه کوم یو ستاسو ماشوم غوره بیانوي: <input type="checkbox"/> نارینه <input type="checkbox"/> ښځینه <input type="checkbox"/> نور <input type="checkbox"/> نه ویل غوره کوم |
| 1.2 Religion: <input type="checkbox"/> Buddhist | 1.2 مذهب: <input type="checkbox"/> بودایي |

| | |
|---|---|
| <p>1.8 Does your child attend nursery or school?</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>1.8 آیا ستاسو ماشوم په بنوونځي یا نرسري کې گډون کوي؟</p> <p>نه <input type="checkbox"/></p> <p>زما ماشوم د 2 کلونو څخه کم دی <input type="checkbox"/></p> <p>موږ د یو ځای لپاره غوښتنه کړې خو لا تر اوسه یو نرسري/بنوونځي نه دی تخصیص شوی. <input type="checkbox"/></p> <p>زه د دې په اړه معلومات غواړم چې چیرې زه د نرسري یا بنوونځي ځای لپاره غوښتنه کولو کې مرسته ترلاسه کولی شم <input type="checkbox"/></p> <p>هو – مهرباني وکړئ د نرسري یا بنوونځي نوم ورکړئ <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> |
| <p>Section two: Health questions</p> | <p>دویمه برخه: روغتیا پوښتنې</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 تاسو د خپل ماشوم په اړه اندېښنه لرئ؟</p> <p>نه <input type="checkbox"/></p> <p>هو <input type="checkbox"/></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 ستاسو ماشوم اوس ناروغه یا بیمار دی؟</p> <p>نه <input type="checkbox"/></p> <p>هو <input type="checkbox"/></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 ستاسو ماشوم د روغتیا ستونزې لپاره بیرنې مرستې ته اړتیا لري؟</p> <p>نه <input type="checkbox"/></p> <p>هو <input type="checkbox"/></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>2.4 آیا ستاسو ماشوم اوس مهال له لاندې نښو څخه کوم یو لري؟ مهرباني وکړئ هغه ټول ټک کړئ چې پلي کېږي</p> <p>د وزن کمول <input type="checkbox"/></p> <p>ټوخی <input type="checkbox"/></p> <p>ټوخی وینه توپول <input type="checkbox"/></p> <p>د شپې خولې <input type="checkbox"/></p> <p>ډیر ستړیا <input type="checkbox"/></p> <p>تنفسي ستونزې <input type="checkbox"/></p> <p>تبه <input type="checkbox"/></p> <p>اسهال <input type="checkbox"/></p> <p>قبضیت <input type="checkbox"/></p> <p>د پوستکي شکایتونه او خار شونه <input type="checkbox"/></p> <p>په متيازو کې وینه <input type="checkbox"/></p> <p>په غایطه کې وینه <input type="checkbox"/></p> <p>د سر درد <input type="checkbox"/></p> <p>درد <input type="checkbox"/></p> <p>ټیټ مزاج <input type="checkbox"/></p> |

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Low mood <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"/> اضطراب <input type="checkbox"/> دردونکي فلش بیکونه یا خوبونه <input type="checkbox"/> د خوب کولو مشکل <input type="checkbox"/> داسې احساس چې خپل ځان ته زیان ورسوي یا ژوند پریردي <input type="checkbox"/> نور |
| <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 مهرباني وکړئ د بدن په عکس کې هغه سیمې په نښه کړئ چې د خپلې اوسنۍ روغتیا ستونزې سره مخ دي</p> |



| | |
|--|---|
| <p>2.6 Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <p>2.6 آیا ستاسو ماشوم له وخته مخکې زیږیدلی و (د امیندواری له 37 اونيو / 8.5 میاشتو دمخه زیږیدلی)؟</p> <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو |
| <p>2.7 Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <p>2.7 آیا ستاسو ماشوم د زیږون څخه سمدستي وروسته کومه روغتیايي ستونزه درلوده، لکه تنفسي ستونزې، انتانات، یا د دماغ زخمونه؟</p> <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو |

| | |
|---|---|
| <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 نوي زيږيدلي (ماشومان تر 3 مياشتو پورې): آیا ستاسو ماشوم د زيږون څخه 6-8 اونۍ وروسته د GP (ډاکټر) لخوا روغتيايي معاینه کړي؟</p> <p>نه <input type="checkbox"/> هو <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 ایا ستاسو ماشوم د روغتيا ستونزې لري؟</p> <p>نه <input type="checkbox"/> هو <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 ایا ستاسو ماشوم لاندې نښو څخه کوم لري؟ مهرباني وکړئ هغه ټول ټک کړئ چې پلي کيږي</p> <p><input type="checkbox"/> ساه لنډی <input type="checkbox"/> د ویني اختلال <input type="checkbox"/> د سیکل سیل انیمیا <input type="checkbox"/> تلسیمیا <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> د غاښونو ناروغی <input type="checkbox"/> د شکر ناروغی <input type="checkbox"/> مرگی <input type="checkbox"/> د سترگو ناروغی <input type="checkbox"/> غوړونه، پوزه او ستوني <input type="checkbox"/> د زړه ناروغی <input type="checkbox"/> هپیتایټس بی <input type="checkbox"/> هپیتایټس سی <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> د پښتورگو ناروغی <input type="checkbox"/> د ځیگر ناروغی <input type="checkbox"/> دماغی روغتیا ستونزې <input type="checkbox"/> تیب مزاج / خپګان <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> د ټراماټیک وروسته فشار اختلال (PTSD) <input type="checkbox"/> مخکې ځان ته زیان رسولی <input type="checkbox"/> د ځان وژني هڅه کول <input type="checkbox"/> نور <input type="checkbox"/> د پوستکي ناروغی <input type="checkbox"/> د تیراید ناروغی <input type="checkbox"/> نري رنځ (TB) <input type="checkbox"/> نور</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 ستاسو ماشوم کله هم کوم اپریشن/جراحی کړي دي؟</p> <p>نه <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/></p> |
| <p>2.12 Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?</p> | <p>2.12 آیا ستاسو ماشوم د جګړې، شخړې یا شکنجې له امله کوم فزیکي زخم لري؟</p> |

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو |
| <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> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <p>2.13 آیا ستاسو ماشوم د دماغی روغتیا ستونزی لري؟ په دي کيس کيدي شي له جهنگ وچي، جبر يا تاسو مجبوراً کري چي خپل هیواد به تيخته وکړي؟</p> <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو |
| <p>2.14 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <p>2.14 آیا ستاسو ماشوم کوم فزيکي معيوبيت يا د حرکت کولو ستونزی لري؟</p> <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو |
| <p>2.15 Does your child have any sensory impairments? Please tick all that apply</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>2.15 آیا ستاسو ماشوم کوم حسی خرابي لري؟ مهرباني وکړئ هغه ټول ټک کړئ چي پلي کيږي</p> <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> روندتوب <input type="checkbox"/> د ليد جزوی ضايع کول <input type="checkbox"/> د اوریدلو بشپړ زیان <input type="checkbox"/> د اوریدلو جزوی ضايع <input type="checkbox"/> د بوی او / يا خوند ستونزی |
| <p>2.16 Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <p>2.16 آیا تاسو فکر کوئ چي ستاسو ماشوم د زده کړي ستونزی يا د چلند ستونزی لري؟</p> <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو |
| <p>2.17 Do you have any concerns about your child's growth e.g. their weight/height?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <p>2.17 آیا تاسو د خپل ماشوم د ودې په اړه کومه اندېښنه لري د بيلگي په توگه د دوی وزن / قد؟</p> <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو |
| <p>2.18 Babies only: Is your child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <p>2.18 صرف ماشومان: آیا ستاسو ماشوم د تغذي کومي ستونزی سره مخ دی لکه کانگي، ريفلوکس، د شيدو انکار؟</p> <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو |
| <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> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness <input type="checkbox"/> Diabetes | <p>2.19 آیا ستاسو د نږدې کورنی کوم غړی (پلار، مور، خويندې او نيکونه) له لاندې څخه کوم يو رنځ لري؟</p> <input type="checkbox"/> ساه لنډی <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> خپگان/دماغي روغتیا ناروغي <input type="checkbox"/> د شکر ناروغي <input type="checkbox"/> د زړه دوره <input type="checkbox"/> هپيټايتيس بی |

| <input type="checkbox"/> Heart attack <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 | <input type="checkbox"/> د وینې لوړ فشار <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> د زده کړې ستونزې <input type="checkbox"/> فالج <input type="checkbox"/> نري رنځ (TB) <input type="checkbox"/> نور | | | | | | | | |
|---|---|------|--|--|---|-------|-----|--|--|
| <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="150 965 777 1408"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | Name | Dose | | | <p>2.20 ایا ستاسو ماشوم کوم وړاندیز شوي درمل خورلي؟</p> <p><input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو—مهرباني سره لیست کړئ خپل وړاندیز شوي لاندې بکس کې درمل او خوراکونه</p> <p>مهرباني وکړئ د خپل ماشوم ملاقات دوران نسخه یا درمل راوړئ</p> <table border="1" data-bbox="826 857 1453 1301"> <thead> <tr> <th>خوراک</th> <th>نوم</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | خوراک | نوم | | |
| Name | Dose | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| خوراک | نوم | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| <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 ایا تاسو په راتلونکو څو اونيو کې د دې درملو د ختمیدو په اړه اندېښنه لرئ؟</p> <p><input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو</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 ایا تاسو ماشوم کوم درمل اخلئ چې د روغتیا مسلکي لخوا نه وي توصیه شوي د بیلگې په توګه هغه درمل چې تاسو له درملتون/دوکان/انټرنټ څخه اخیستي وي یا له بهر څخه راغوختل شوي وي؟</p> <p><input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو—مهرباني وکړئ په لاندې بکس کې درمل او خوراکونه لیست کړئ</p> | | | | | | | | |

| <p>Please bring any medicines to your child's appointment</p> <table border="1" data-bbox="150 376 778 824"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 376 564 421">Name</th> <th data-bbox="564 376 778 421">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 421 564 824"></td> <td data-bbox="564 421 778 824"></td> </tr> </tbody> </table> | Name | Dose | | | <p>مهرياتي وكړئ د خپل ماشوم ملاقات دوران نسخه يا درمل راوړئ</p> <table border="1" data-bbox="826 340 1455 788"> <thead> <tr> <th data-bbox="826 340 1241 385">نوم</th> <th data-bbox="1241 340 1455 385">خوراك</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="826 385 1241 788"></td> <td data-bbox="1241 385 1455 788"></td> </tr> </tbody> </table> | نوم | خوراك | | |
|--|--|------|--|--|--|-----|-------|--|--|
| Name | Dose | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| نوم | خوراك | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| <p>2.23 Does your child have allergy to any medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> | <p>2.23 آیا ستاسو ماشوم د کوم درمل سره حساسیت لري؟ نه <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/></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 ايا ستاسو ماشوم د کوم بل شي سره حساسیت لري؟ (د بيلگي په توگه خواړه، د حشراتو دانگونه، د ليتيکس دستکشې)؟ نه <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/></p> | | | | | | | | |
| <p>Section three: Vaccinations</p> | <p>دریمه برخه: واکسين کول</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 ستاسو ماشوم په خپل هیواد کې د خپل عمر سره سم د ماشومتوب ټول واکسينونه درلودل؟ که تاسو د خپل واکسين تاريخ ريكارډ لرئ نو مهرياتي وكړئ دا خپل ملاقات ته راوړئ. نه <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> زه نه پوهيږم <input type="checkbox"/></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 ستاسو ماشوم د توبرکلوز (TB) په وړاندې واکسين شوی دی؟ نه <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> زه نه پوهيږم <input type="checkbox"/></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: 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>3.3 ايا ستاسو ماشوم د COVID-19 له بچ کيدو واکسين شوی دی؟</p> <p><input type="checkbox"/> نه</p> <p><input type="checkbox"/> هو</p> <p style="padding-left: 40px;">1 خوراک <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">2 خوراکونه <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">3 خوراکونه <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">له 3 څخه ډير خوراکونه <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> زه نه پوهیږم</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>که ستاسو د ماشوم د روغتیا په اړه کوم څه شتون ولري چې تاسو په دې فورمه کې د شریکولو لپاره د آرامی احساس نه کوئ او تاسو غواړئ چې د ډاکټر سره خبرې وکړئ، مهرباني وکړئ خپل GP ته زنگ ووهئ او د ملاقات وخت وټاکئ</p> |