

يرجى ملء هذا النموذج حتى تتمكن من مساعدتك

Please Complete This Form So We Can Help You

احتفظ بهذه الورقة معك. سيطلع أحد أفراد الفريق المساعد على هذه الورقة في أقرب فرصة.
Keep this paper with you. A staff person will look at your paper soon.

اسم المريض

Patient's name

الوزن _____
kilograms/pounds Weight

السن _____
Age

ذكر
Male

أنثى
Female

Who is filling out this form?

Me, the patient

Patient's family member or friend

An interpreter for the patient

من يقوم بملء هذا النموذج؟

أنا، المريض

احد أفراد أسرة المريض أو صديق

مترجم حضر برفقة المريض

Why are you here?

I am ill or injured because of a disaster

I am ill or injured but not because of a disaster

I am here to help or look for a family member

ما هو سبب تواجدك هنا؟

أنا مريض أو مصاب بسبب حادث كارثي

أنا مريض أو مصاب ولكن ليس بسبب حادث كارثي

أنا هنا للمساعدة أو البحث عن أحد أفراد الأسرة

Are you pregnant?

Yes

I am in labor

No

I am not sure

هل أنت حامل؟

نعم

أنا في حالة وضع

لا

لست متأكدة

Have you traveled outside the country in the past 2 months?

Yes

No

If yes, to what country?

هل سافرت خارج البلاد خلال الشهرين الماضيين؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة بنعم، إلى أي بلد؟

What problem are you having?

Mark all that apply.

- I am having trouble breathing
- I am having chest pain, pressure or discomfort
- I am bleeding
- I have a severe headache
- I feel dizzy or lightheaded
- I am having problems seeing
- I cannot hear
- I have a broken bone
- My skin is burning
- I have a skin rash, swelling or redness
- I feel numbness or tingling
- I have nausea, vomiting or diarrhea
- I have a runny nose, cough or a fever

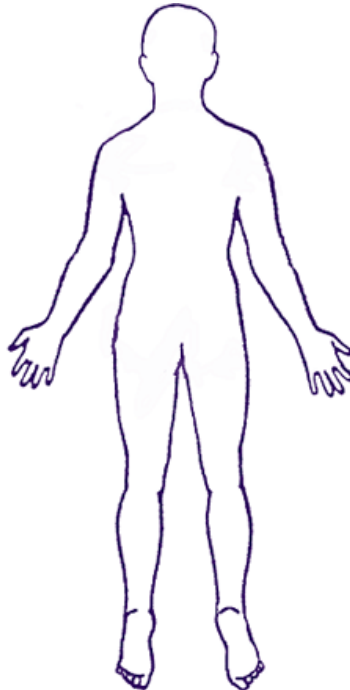
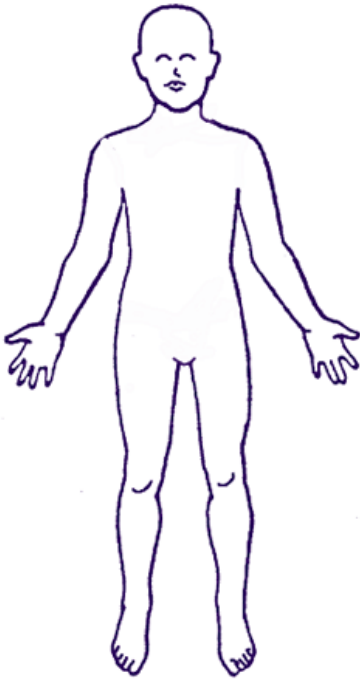
ما هي المشكلة التي تواجهك؟

ضع علامة على كل ما ينطبق.

- لدي مشاكل بالتنفس
- أشعر بألم في الصدر أو ضغط أو إجهاد
- لدي نزيف
- أشعر بصداع حاد
- أشعر بدوار أو دوخة
- أعاني من مشاكل بالرؤية
- لا أستطيع السمع
- لدي كسر بالعظام
- لدي حرق في الجلد
- لدي طفح جلدي أو تورم أو احمرار
- أشعر بالخدر أو الوخز
- لدي غثيان أو قيء أو إسهال
- لدي رشح بالأنف أو سعال أو حمى

ضع علامة على الرسم التوضيحي لبيان مكان شعورك بالألم.

Mark on these figures where you feel pain.



Mark any diseases or conditions you have or have had in the past.

- Asthma
Diabetes
Heart disease
Hepatitis
High blood pressure
Immunosuppression from HIV, cancer or other reason
Stroke

ضع علامة على الأمراض أو الحالات التي لديك أو كنت تعاني منها في الماضي.

- الربو
داء السكري
أمراض القلب
التهاب الكبد
ارتفاع ضغط الدم
كبت المناعة بسبب فيروس الإيدز أو السرطان أو أي سبب آخر
سكتة دماغية

Mark any medicines you are taking.

- Heart medicines
Blood pressure medicines
Blood thinners such as Coumadin
Breathing medicines
Insulin
Other over the counter medicines such as antacids, laxatives or pain medicines

ضع علامة على الأدوية التي تتناولها.

- أدوية القلب
أدوية ضغط الدم
أدوية لسيولة الدم مثل الكومادين
أدوية للتنفس
أنسولين
أدوية يمكن الحصول عليها بدون وصفه طبيه مثل مضادات الحموضة أو المليينات أو المسكنات

Mark any allergies you have.

- Dairy products such as eggs or milk
Seafood
Dye or iodine
Aspirin
Penicillin
Morphine
Sulfa
Latex
Other _____

ضع علامة إن كان لديك أي نوع من أنواع الحساسية.

- منتجات الألبان مثل البيض أو الحليب
المأكولات البحرية
الصبغة أو اليود
الأسبرين
البنسيلين
المورفين
السلفا
اللاتكس
غير ذلك