Adult Family Member Health Profiles

TRANSLATED INTO DARI

INTERNATIONAL RESCUE COMMITTEE

NRC-RIM
National Resource Center for Refugees, Immigrants, and Migrants

یادداشت: این عکس را با عکس شخصی که پروفایل برای آن است جایگزین نمایید.

Note: Replace this photo with a photo of the person the profile is for.

اسم
Name _____

تاریخ تولد
Date of Birth _____

تاریخچه صحی بزرگسال
Adult's Health History

تخلص
Last Name _____

نام
First Name _____

تاریخ تولد
Date of Birth _____

جنسیت
Gender _____

زبان ترجیحی
Preferred Language _____

شماره تیلفون
Phone Number _____

تماس عاجل
Emergency Contact _____

تماس عاجل شماره تیلفون
Emergency Contact Phone Number _____

ارائه کننده مراقبت های اولیه
Primary Care Provider

اسم Name	
آدرس/تلیفون Address/Phone	

ارائه کننده مراقبت های تخصصی
Specialty Care Provider

اسم Name	
نوع Type	
آدرس/تلیفون Address/Phone	

دواهای فعلی
Current Medications

مقدارمصرف دوا Dosage	نام دوا Name of medication

تاریخ: _____
Date

هر گونه حساسیت شناخته شده به دواها را ذکر کنید
List any known allergies to medicines

_____

_____

_____

_____

_____

تاریخ: _____
Date

اسم
Name

تاریخ تولد
Date of Birth

معلومات بیمه صحی
Health Insurance Information

نام بیمه طبی Medical insurance name	
شماره بیمه طبی Medical insurance number	

پلان Medicaid باید تمدید شود: ____ / ____
Medicaid plan will need to be renewed: ___ / ___

عکس جلوی کارت Picture of front of card	عکس پشت کارت Picture of back of card

برای زنان، لطفاً تمام حامله گی های گذشته را ذکر کنید
For women, please list all past pregnancies

تاریخ Date	نتیجه Outcome					
	☐	تولد زنده Live birth	☐	مرده زایی Still birth	☐	سقط جنین Miscarriage / abortion
	☐	تولد زنده Live birth	☐	مرده زایی Still birth	☐	سقط جنین Miscarriage / abortion
	☐	تولد زنده Live birth	☐	مرده زایی Still birth	☐	سقط جنین Miscarriage / abortion
	☐	تولد زنده Live birth	☐	مرده زایی Still birth	☐	سقط جنین Miscarriage / abortion
	☐	تولد زنده Live birth	☐	مرده زایی Still birth	☐	سقط جنین Miscarriage / abortion
	☐	تولد زنده Live birth	☐	مرده زایی Still birth	☐	سقط جنین Miscarriage / abortion

اسم
Name

تاریخ تولد
Date of Birth

تاریخچه صحی بزرگسال
Adult Health History

آیا شما یکی از موارد ذیل را دارید یا داشته اید؟
Do you have or have ever had any of the following?

- ☐ بستری شدن در شفاخانه برای عمل جراحی، جراحت یا مریضی — Hospitalization for surgery, injury or illness
- ☐ حمله قلبی — Heart attack
- ☐ سرطان — Cancer
- ☐ سکته — Stroke
- ☐ فشار بلند خون — High blood pressure
- ☐ مرض شکر — Diabetes
- ☐ کلسترول بالا — High cholesterol
- ☐ زخم سر — Head injury
- ☐ ضربه مغزی — Concussion
- ☐ سوفل قلب — Heart murmur
- ☐ مریضی قلبی — Heart disease
- ☐ دیگر مشکلات قلبی — Other heart issues
- ☐ نفس تنگی — Asthma
- ☐ آمفیزم یا نفخ شکم — Emphysema
- ☐ مریضی مزمن انسدادی ریه — Chronic Obstructive Pulmonary Disease
- ☐ میرگی یا سایر اختلالات تشنجی — Epilepsy or other seizure disorder
- ☐ کمبود آهن / کم خونی — Low iron / anemia

- ☐ HIV / AIDS — HIV / AIDS
- ☐ بیماری توبرکلوز — Tuberculosis
- ☐ ملریا — Malaria
- ☐ زردی یا هپاتیت — Hepatitis
- ☐ کولرا — Cholera
- ☐ حصبه — Typhoid
- ☐ تیفوس — Typhus
- ☐ تب روماتیزمی یا مخملک — Rheumatic or scarlet fever
- ☐ کووید 19 — COVID-19
- ☐ ذات الریه — Pneumonia
- ☐ سیاه سرفه — Whooping cough (pertussis)
- ☐ کله چرک — Mumps
- ☐ سرخکان — Measles
- ☐ تانسل — Tonsilitis
- ☐ آب چیچک — Chicken pox
- ☐ مریضی جگر — Liver disease
- ☐ مریضی گرده — Kidney disease
- ☐ زردی — Jaundice

- ☐ مشکلات غده تایروئید — Thyroid problems
- ☐ زخم معده — Stomach ulcer
- ☐ اختلالات هاضمه — Digestive disorders
- ☐ اختلالات خونریزی یا لخته شدن — Bleeding or clotting disorders
- ☐ مریضی که مربوط انتی بادی میشود — Autoimmune disease
- ☐ ورم مفاصل — Arthritis
- ☐ اختلالات عصبی — Neurological disorders
- ☐ از دست دادن حافظه — Memory loss
- ☐ سردرد / نیمه سری — Headaches / migraines
- ☐ ضعف کردن — Fainting
- ☐ افسردگی — Depression
- ☐ اضطراب — Anxiety
- ☐ سایر مسائل روان شناسی — Other psychiatric issues
- ☐ مشکلات با مواد مخدر یا الکل — Problems with drugs or alcohol
- ☐ مشکلات خواب — Sleep problems
- ☐ مشکلات دیگر — Other issues

تاریخ: _____
Date

اسم
Name

تاریخ تولد
Date of Birth

تاریخچه صحی خانواده
Family Health History

آیا سابقه خانوادگی موارد ذیل را دارید؟
Do you have a family history of the following?

- ☐ حمله قلبی — Heart attack
- ☐ سرطان — Cancer
- ☐ سکته — Stroke
- ☐ فشار بلند خون — High blood pressure
- ☐ مرض شکر — Diabetes
- ☐ کلسترول بالا — High cholesterol
- ☐ مریضی قلبی — Heart disease
- ☐ میرگی یا سایر اختلالات تشنجی — Epilepsy or other seizure disorder
- ☐ مریضی جگر — Liver disease
- ☐ مریضی گرده — Kidney disease
- ☐ مشکلات غده تایروئید — Thyroid problems
- ☐ مریضی که مربوط انتی بادی میشود — Autoimmune disease
- ☐ تکلیف مفاصل — Arthritis
- ☐ اختلالات عصبی — Neurological disorders
- ☐ افسردگی — Depression
- ☐ اضطراب — Anxiety
- ☐ سایر مسائل روان شناسی — Other psychiatric issues
- ☐ مشکلات با مواد مخدر یا الکل — Problems with drugs or alcohol
- ☐ مشکلات دیگر — Other issues

واکسین های ما
My Immunizations

- ☐ دیفرتیا — Diphtheria
- ☐ تیتانوس — Tetanus
- ☐ سیاه سرفه — Whooping cough (pertussis)
- ☐ فلج اطفال (Polio) — Polio
- ☐ سرخکان — Measles
- ☐ کله چرک — Mumps
- ☐ سرخچه یا روبیلا — Rubella
- ☐ روتاویروس یا ویروس عفونت بیماری اسهالات در اطفال — Rotavirus
- ☐ هموفیلوس آنفلوانزا نوع b (Hib) — *Haemophilus influenzae* type b (Hib)
- ☐ التهاب جگر نوع A — Hepatitis A
- ☐ هپاتیت B (HepB) — Hepatitis B
- ☐ مریضی منینگوکوک — Meningococcal disease
- ☐ آب چیچک — Varicella
- ☐ مریضی پنوموکوکی — Pneumococcal disease
- ☐ آنفولانزا — Influenza
- ☐ کووید 19 — COVID-19
- ☐ دیگر — Other