



Child Family Member Health Profiles

TRANSLATED INTO DARI





تاریخ تولد
Date of Birth

نام طفل
Child's Name

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.

تاریخچه صحتی طفل
Child's Health History

والدین/سرپرست Parent/Guardian	_____	تخلص Last Name	_____
شماره تلفون والدین/سرپرست Parent/Guardian Phone Number	_____	نام First Name	_____
تماس عاجل Emergency Contact	_____	تاریخ تولد Date of Birth	_____
شماره عاجل شماره تلفون Emergency Contact Phone Number	_____	جنسیت Gender	_____
		زبان ترجیحی Preferred Language	_____

ارائه کننده مراقبت های تخصصی
Specialty Care Provider

اسم Name	_____
نوع Type	_____
آدرس/تلفون Address/Phone	_____

ارائه کننده مراقبت های اولیه
Primary Care Provider

اسم Name	_____
آدرس/تلفون Address/Phone	_____

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

دری:
تاریخ

دوای فعلی
Current Medications

نام دوا Name of medication	مقدار مصرف دو Dosage
_____	_____
_____	_____
_____	_____

دری:
تاریخ



تاریخ تولد
Date of Birth

نام طفل
Child's Name

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

حاملگی و زایمان Pregnancy and birth

بله <input type="checkbox"/> / نه <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	آیا مادر طفل مراقبت های دوران حاملگی را دریافت کرده است؟ Did the mother of the child receive prenatal care?
بله <input type="checkbox"/> / نه <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	آیا مادر طفل در دوران حاملگی از مواد مخدر یا الکل استفاده کرده است؟ Did the mother of the child use drugs or alcohol during pregnancy?
بله <input type="checkbox"/> / نه <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	آیا طفل پیش از وقت به دنیا آمد؟ Was the child born premature? تعداد هفته ها: Number of weeks:
بله <input type="checkbox"/> / نه <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	آیا در حین زایمان و به دنیا آمدن کدام مشکلاتی یا پیچیده وجود داشت؟ Were there any complications during labor and delivery?
بله <input type="checkbox"/> / نه <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	آیا طفل سالم به دنیا آمد؟ Was the child born healthy?



تاریخ تولد
Date of Birth

نام طفل
Child's Name

آیا طفل یکی از موارد ذیل را دارد یا داشت؟
Does the child have or have ever had any of the following?
تاریخچه صحتی طفل
Child Health History

مشکلات غده تیروئید Thyroid problems <input type="checkbox"/>	HIV / AIDS HIV / AIDS <input type="checkbox"/>	بستری شدن در شفاخانه برای جراحی، جراحت یا مریضی Hospitalization for surgery, injury or illness <input type="checkbox"/>
زخم معده Stomach ulcer <input type="checkbox"/>	بیماری توبرکلوز Tuberculosis <input type="checkbox"/>	حمله قلبی Heart attack <input type="checkbox"/>
اختلالات هاضمه Digestive disorders <input type="checkbox"/>	ملریا Malaria <input type="checkbox"/>	سرطان Cancer <input type="checkbox"/>
اختلالات خونریزی یا لخته شدن Bleeding or clotting disorders <input type="checkbox"/>	زردی یا هیپاتیت Hepatitis <input type="checkbox"/>	سکته Stroke <input type="checkbox"/>
مریضی که مربوط آنتی بادی میشود Autoimmune disease <input type="checkbox"/>	کولرا Cholera <input type="checkbox"/>	فشار بلند خون High blood pressure <input type="checkbox"/>
ورم مفاصل Arthritis <input type="checkbox"/>	حصبه Typhoid <input type="checkbox"/>	مرض شکر Diabetes <input type="checkbox"/>
اختلالات عصبی Neurological disorders <input type="checkbox"/>	تیفوس Typhus <input type="checkbox"/>	کلسترول بالا High cholesterol <input type="checkbox"/>
از دست دادن حافظه Memory loss <input type="checkbox"/>	تب روماتیسمی یا مخملک Rheumatic or scarlet fever <input type="checkbox"/>	زخم سر Head injury <input type="checkbox"/>
سردرد / نیمه سری Headaches / migraines <input type="checkbox"/>	کووید 19 COVID-19 <input type="checkbox"/>	ضربه مغزی Concussion <input type="checkbox"/>
ضعف کردن Fainting <input type="checkbox"/>	ذات الریه Pneumonia <input type="checkbox"/>	سوفل قلب Heart murmur <input type="checkbox"/>
افسردگی Depression <input type="checkbox"/>	سیاه سرفه Whooping cough (pertussis) <input type="checkbox"/>	مریضی قلبی Heart disease <input type="checkbox"/>
اضطراب Anxiety <input type="checkbox"/>	کله چرک Mumps <input type="checkbox"/>	دیگر مشکلات قلبی Other heart issues <input type="checkbox"/>
سایر مسائل روان شناسی Other psychiatric issues <input type="checkbox"/>	سرخکان Measles <input type="checkbox"/>	نفس تنگی Asthma <input type="checkbox"/>
مشکلات با مواد مخدر یا الکل Problems with drugs or alcohol <input type="checkbox"/>	تانسلیت Tonsillitis <input type="checkbox"/>	آمفیزم یا نفخ شکم Emphysema <input type="checkbox"/>
مشکلات خواب Sleep problems <input type="checkbox"/>	آب چیچک Chicken pox <input type="checkbox"/>	مریضی مزمن انسدادی ریه Chronic Obstructive Pulmonary Disease <input type="checkbox"/>
مشکلات دیگر Other issues <input type="checkbox"/>	مریضی جگر Liver disease <input type="checkbox"/>	میرگی یا سایر اختلالات تشنجی Epilepsy or other seizure disorder <input type="checkbox"/>
	مریضی گرده Kidney disease <input type="checkbox"/>	کمبود آهن / کم خونی Low iron / anemia <input type="checkbox"/>
	زردی Jaundice <input type="checkbox"/>	



تاریخ تولد
Date of Birth

نام طفل
Child's Name

چوکات کنار بازدیدهای صحتی که طفل در آن شرکت کرده است، نشانی کنید.
Check the box next to the wellness visits the child has attended.

ردیاب بازدید از سلامتی طفل

Child Wellness Visit Tracker

11 ساله 11 years	<input type="checkbox"/>	3 ساله 3 years	<input type="checkbox"/>	1 ماهه 1 month	<input type="checkbox"/>
12 ساله 12 years	<input type="checkbox"/>	4 ساله 4 years	<input type="checkbox"/>	2 ماهه 2 months	<input type="checkbox"/>
13 ساله 13 years	<input type="checkbox"/>	5 ساله 5 years	<input type="checkbox"/>	4 ماهه 4 months	<input type="checkbox"/>
14 ساله 14 years	<input type="checkbox"/>	6 ساله 6 years	<input type="checkbox"/>	6 ماهه 6 months	<input type="checkbox"/>
15 ساله 15 years	<input type="checkbox"/>	7 ساله 7 years	<input type="checkbox"/>	9 ماهه 9 months	<input type="checkbox"/>
16 ساله 16 years	<input type="checkbox"/>	8 ساله 8 years	<input type="checkbox"/>	12 ماهه 12 months	<input type="checkbox"/>
17 ساله 17 years	<input type="checkbox"/>	9 ساله 9 years	<input type="checkbox"/>	15 ماهه 15 months	<input type="checkbox"/>
18 ساله 18 years	<input type="checkbox"/>	10 ساله 10 years	<input type="checkbox"/>	18 ماهه 18 months	<input type="checkbox"/>
				2 ساله 2 years	<input type="checkbox"/>

واکسین های ب طفل

Child's Immunizations

آب چیچک Varicella	<input type="checkbox"/>	سرخچه با روبیلا Rubella	<input type="checkbox"/>	دیفرتیا Diphtheria	<input type="checkbox"/>
مربضی عفونت جدی بکتریایی Pneumococcal disease	<input type="checkbox"/>	روتاویروس یا ویروس عفونت گوارشی در اطفال Rotavirus	<input type="checkbox"/>	تیتانوس Tetanus	<input type="checkbox"/>
آنفلوآنزا Influenza	<input type="checkbox"/>	هموفیلوس آنفلوآنزا نوع b (Hib) Haemophilus influenzae type b (Hib)	<input type="checkbox"/>	سیاه سرفه Whooping cough (pertussis)	<input type="checkbox"/>
کوید 19 COVID-19	<input type="checkbox"/>	هیپاتیت A Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	فلج اطفال (Polio) Polio	<input type="checkbox"/>
ویروس پاپیلوما ای انسانی HPV HPV	<input type="checkbox"/>	هیپاتیت B (HepB) Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	سرخکان Measles	<input type="checkbox"/>
		عفونت بکتریایی Meningococcal disease	<input type="checkbox"/>	کله چرک Mumps	<input type="checkbox"/>