



Adult Family Member Health Profiles

TRANSLATED INTO PASHTO





د زېرېډو نېټه
Date of Birth

نوم
Name

يادښت: دا انځور
د هغه کس د
انځور پر ځای
کېږدئ چې دا
پروفایل ورته
جوړ شوی دی.

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

د بالغ شخص روغتيايي مخينه
Adult's Health History

د خوښي وړ ژبه Preferred Language	تخلص Last Name
د تېلېفون شمېره Phone Number	نوم First Name
د بېرني حالت د اړيکي شمېره Emergency Contact	د زېرېډو نېټه Date of Birth
د بېرني حالت د تېلېفون شمېره Emergency Contact Phone Number	جنسيت Gender

د تخصصي پاملرنې چمتو کوونکی
Specialty Care Provider

نوم Name	
ډول Type	
پته/تېلېفون Address/Phone	

د لومړنۍ پاملرنې چمتو کوونکی
Primary Care Provider

نوم Name	
پته/تېلېفون Address/Phone	

له درملو سره هر ډول پېژندل شوي حساسیتونه ذکر کړئ
List any known allergies to medicines

نېټه:
Date

اوسني درمل
Current Medications

د درملو نوم Name of medication	دوز Dosage

نېټه:
Date



د زېرېدو نېټه
Date of Birth

نوم
Name

د روغتيايي بيمې معلومات Health Insurance Information

د طبي بيمې نوم Medical insurance name
د طبي بيمې شمېره Medical insurance number
د Medicaid پلان بايد نوې شي په: ____ / ____ Medicaid plan will need to be renewed: ____ / ____

د کارت د شاتني لوري انځور Picture of back of card	د کارت د مخکيني لوري انځور Picture of front of card
--	--

د ښځو لپاره، په مهرباني سره ټولې تيرې ميندواري ذکر کړئ For women, please list all past pregnancies

نېټه Date	پايله Outcome
	ژوندی زېرون <input type="checkbox"/> مړ زېرون <input type="checkbox"/> سقط <input type="checkbox"/> Live birth Still birth Miscarriage / abortion
	ژوندی زېرون <input type="checkbox"/> مړ زېرون <input type="checkbox"/> سقط <input type="checkbox"/> Live birth Still birth Miscarriage / abortion
	ژوندی زېرون <input type="checkbox"/> مړ زېرون <input type="checkbox"/> سقط <input type="checkbox"/> Live birth Still birth Miscarriage / abortion
	ژوندی زېرون <input type="checkbox"/> مړ زېرون <input type="checkbox"/> سقط <input type="checkbox"/> Live birth Still birth Miscarriage / abortion
	ژوندی زېرون <input type="checkbox"/> مړ زېرون <input type="checkbox"/> سقط <input type="checkbox"/> Live birth Still birth Miscarriage / abortion
	ژوندی زېرون <input type="checkbox"/> مړ زېرون <input type="checkbox"/> سقط <input type="checkbox"/> Live birth Still birth Miscarriage / abortion



د زېږېدو نېټه

Date of Birth

نوم

Name

آيا تاسو بې لړۍ يا له لاندې مواردو څخه كوم يو مو درلودل؟
Do you have or have ever had any of the following?

د بالغ شخص روغتيايي مخينه
Adult Health History

<p>د تايروئيد غدې ستونزې Thyroid problems <input type="checkbox"/></p> <p>د معدې زخم Stomach ulcer <input type="checkbox"/></p> <p>د هاضمي سيستم اختلالات Digestive disorders <input type="checkbox"/></p> <p>د وينې بهېدل يا د پړند کېدو اختلالات Bleeding or clotting disorders <input type="checkbox"/></p> <p>د انتې بادي له امله رامنځته کېدونکې ناروغي Autoimmune disease <input type="checkbox"/></p> <p>د مفصل پرسېدل Arthritis <input type="checkbox"/></p> <p>عصبي اختلالات Neurological disorders <input type="checkbox"/></p> <p>د حافظې له لاسه ورکول Memory loss <input type="checkbox"/></p> <p>سردردۍ/نيمه سري Headaches / migraines <input type="checkbox"/></p> <p>بې هوښي Fainting <input type="checkbox"/></p> <p>ذهني فشار Depression <input type="checkbox"/></p> <p>اضطراب Anxiety <input type="checkbox"/></p> <p>نوري رواني ستونزې Other psychiatric issues <input type="checkbox"/></p> <p>د نشه يي توکو يا الکولو له امله ستونزې Problems with drugs or alcohol <input type="checkbox"/></p> <p>خوب ستونزې Sleep problems <input type="checkbox"/></p> <p>نوري ستونزې Other issues <input type="checkbox"/></p>	<p>HIV / AIDS HIV / AIDS <input type="checkbox"/></p> <p>نرۍ رنځ (توبرکلوز) Tuberculosis <input type="checkbox"/></p> <p>ملاريا Malaria <input type="checkbox"/></p> <p>ژيری Hepatitis <input type="checkbox"/></p> <p>کولرا Cholera <input type="checkbox"/></p> <p>تايروئيد Typhoid <input type="checkbox"/></p> <p>تيفوس Typhus <input type="checkbox"/></p> <p>روماتيزمي تبه Rheumatic or scarlet fever <input type="checkbox"/></p> <p>کويډ-19 COVID-19 <input type="checkbox"/></p> <p>د وينې کمېدل Pneumonia <input type="checkbox"/></p> <p>تور توخی Whooping cough (pertussis) <input type="checkbox"/></p> <p>سرڅکان Mumps <input type="checkbox"/></p> <p>شری Measles <input type="checkbox"/></p> <p>تانسلېټ Tonsillitis <input type="checkbox"/></p> <p>د چرگانو تناکي Chicken pox <input type="checkbox"/></p> <p>د ځيگر ناروغي Liver disease <input type="checkbox"/></p> <p>د گردو ناروغي Kidney disease <input type="checkbox"/></p> <p>ژيری Jaundice <input type="checkbox"/></p>	<p>د عمليات، ټپي کېدو يا ناروغي لپاره بستري کېدل Hospitalization for surgery, injury or illness <input type="checkbox"/></p> <p>د زړه حمله Heart attack <input type="checkbox"/></p> <p>سرطان Cancer <input type="checkbox"/></p> <p>حمله Stroke <input type="checkbox"/></p> <p>د وينې لوړ فشار High blood pressure <input type="checkbox"/></p> <p>شکر Diabetes <input type="checkbox"/></p> <p>د وينې لوړ کلسترول High cholesterol <input type="checkbox"/></p> <p>د سر ټپي کېدل Head injury <input type="checkbox"/></p> <p>د مغز ضربه Concussion <input type="checkbox"/></p> <p>د زړه سوري Heart murmur <input type="checkbox"/></p> <p>د زړه ناروغي Heart disease <input type="checkbox"/></p> <p>د زړه نوري ناروغي Other heart issues <input type="checkbox"/></p> <p>ساه لنډي Asthma <input type="checkbox"/></p> <p>د خيټي باد Emphysema <input type="checkbox"/></p> <p>د سږو د بندېدو مزمنه ناروغي Chronic Obstructive Pulmonary Disease <input type="checkbox"/></p> <p>ميرگي يا د تشنج بل اختلال Epilepsy or other seizure disorder <input type="checkbox"/></p> <p>کم اوسپنه / کم خوني Low iron / anemia <input type="checkbox"/></p>
--	--	--



د زېږېدو نېټه

Date of Birth

نوم

Name

آيا تاسو د لاندې مواردو کورنۍ مخينه لرئ؟
Do you have a family history of the following?

د کورنۍ روغتيايي مخينه

Family Health History

<p>عصبي اختلالات Neurological disorders <input type="checkbox"/></p> <p>ذهني فشار Depression <input type="checkbox"/></p> <p>اضطراب Anxiety <input type="checkbox"/></p> <p>نورې رواني ستونزې Other psychiatric issues <input type="checkbox"/></p> <p>د نشه يي توکو يا الکولو له امله ستونزې Problems with drugs or alcohol <input type="checkbox"/></p> <p>نورې ستونزې Other issues <input type="checkbox"/></p>	<p>ميرگي يا د تشنج بل اختلال Epilepsy or other seizure disorder <input type="checkbox"/></p> <p>د ځيگر ناروغي Liver disease <input type="checkbox"/></p> <p>د گردو ناروغي Kidney disease <input type="checkbox"/></p> <p>د تايپروئيد غډې ستونزې Thyroid problems <input type="checkbox"/></p> <p>د انتي باډي له امله رامنځته کېدونکې ناروغي Autoimmune disease <input type="checkbox"/></p> <p>د مفصل پرسېدل Arthritis <input type="checkbox"/></p>	<p>د زړه حمله Heart attack <input type="checkbox"/></p> <p>سرطان Cancer <input type="checkbox"/></p> <p>حمله Stroke <input type="checkbox"/></p> <p>د ويني لوړ فشار High blood pressure <input type="checkbox"/></p> <p>شکر Diabetes <input type="checkbox"/></p> <p>د ويني لوړ کلسترول High cholesterol <input type="checkbox"/></p> <p>د زړه ناروغي Heart disease <input type="checkbox"/></p>
--	---	--

زما واکسينونه

My Immunizations

<p>وارسيلا Varicella <input type="checkbox"/></p> <p>د نيوموکوک ناروغي Pneumococcal disease <input type="checkbox"/></p> <p>والکي Influenza <input type="checkbox"/></p> <p>کوید-19 COVID-19 <input type="checkbox"/></p> <p>نور Other <input type="checkbox"/></p>	<p>روبيلا Rubella <input type="checkbox"/></p> <p>روټا وایروس (Rotavirus) Rotavirus <input type="checkbox"/></p> <p>د هيپوفيلس انفلونزا b ډول (Hib) <i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib) <input type="checkbox"/></p> <p>د A ژيري Hepatitis A <input type="checkbox"/></p> <p>د B ژيري Hepatitis B <input type="checkbox"/></p> <p>منينگوکوک ناروغي Meningococcal disease <input type="checkbox"/></p>	<p>ديپټريا Diphtheria <input type="checkbox"/></p> <p>ټيټانوس Tetanus <input type="checkbox"/></p> <p>نور ټوخي Polio <input type="checkbox"/></p> <p>پوليو Polio <input type="checkbox"/></p> <p>شري Measles <input type="checkbox"/></p> <p>سرځکان Mumps <input type="checkbox"/></p>
---	--	--