

# Пожалуйста, заполните этот бланк, чтобы мы смогли вам помочь

## Please Complete This Form So We Can Help You

Держите этот бланк при себе. Вскоре кто-то из персонала попросит его у вас.  
Keep this paper with you. A staff person will look at your paper soon.

**Фамилия и имя пациента** \_\_\_\_\_  
**Patient's name**

- Мужчина **Возраст** \_\_\_\_\_ **Вес** \_\_\_\_\_ **кг/фунтов**  
Male Age Weight kilograms/pounds
- Женщина  
Female

### Кто заполняет этот бланк?

- Я, пациент  
 Родственник или друг пациента  
 Переводчик за пациента

### Who is filling out this form?

- Me, the patient  
Patient's family member or friend  
An interpreter for the patient

### Почему вы здесь находитесь?

- Я заболел или получил травму в результате катастрофы  
 Я заболел или получил травму, но не в результате катастрофы  
 Я помогаю родственнику или ухаживаю за ним

### 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

### Вы беременны?

- Да  
 У меня начались роды  
 Нет  
 Не знаю

### Are you pregnant?

- Yes  
I am in labor  
No  
I am not sure

### Вы выезжали за границу в предыдущие 2 месяца?

- Да  
 Нет

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

- Yes  
No

Если да, то в какую страну?  
\_\_\_\_\_

If yes, to what country?

**Какие у вас проблемы?**

Отметьте все подходящие варианты.

- У меня проблемы с дыханием
- У меня боль, чувство сдавливания или дискомфорт в груди
- У меня кровотечение
- У меня сильная головная боль
- У меня головокружение
- У меня проблемы со зрением
- Я не слышу
- У меня перелом
- У меня ощущение жжения на коже
- У меня сыпь, опухание или покраснение кожи
- У меня чувство онемения или покалывания
- У меня тошнота, рвота или понос
- У меня насморк, кашель или высокая температура

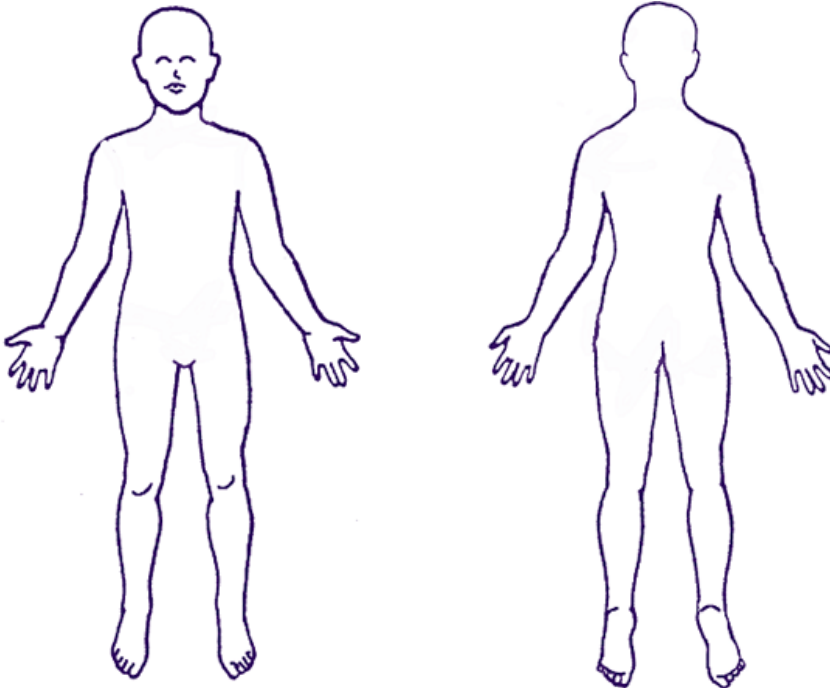
**What problem are you having?**

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

**Отметьте на этих рисунках, в каких местах вы ощущаете боль.**

Mark on these figures where you feel pain.



**Отметьте все прошлые или текущие заболевания.**

- Астма
- Диабет
- Сердечное заболевание
- Гепатит
- Повышенное кровяное давление
- Иммунодепрессия вследствие ВИЧ, рака или по другой причине
- Инсульт

**Отметьте все лекарства, которые вы принимаете.**

- Сердечные лекарства
- Лекарства от кровяного давления
- Препараты, разжижающие кровь, такие как Кумадин
- Лекарства для органов дыхания
- Инсулин
- Другие безрецептурные препараты, напр. слабительные или обезболивающие

**Отметьте все виды аллергии, которые у вас есть.**

- Молочные продукты или яйца
- Морепродукты
- Красители или йод
- Аспирин
- Пенициллин
- Морфин
- Сульфамидные препараты
- Латекс
- Другое \_\_\_\_\_

**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

**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

**Mark any allergies you have.**

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