
مرحباً بك.

هناك بعض الأسئلة التي أحتاج لطرحها عليك من أجل المساعدة على
تخطيط الرعاية لك أو لأحد أفراد عائلتك.

Arabic

Hello.

There are some questions I need to ask to help plan care for you or your family member.

جميع الأسئلة التي سنطرحها عليك مكتوبة. وسوف نعطيك خيارات
إجابة لمعظم الأسئلة. الرجاء تحديد الإجابة أو كتابة إجابة حتى
يمكننا بدء تخطيط الرعاية الخاصة بك. إذا لم تكن متأكداً بشأن
سؤال ما أو كيفية الإجابة على السؤال، يرجى تحديد "غير متأكد"
على الورقة.

Arabic

I have each question written for you. We will give you answer choices for most questions.
Please point to the answer or write an answer so we can start to plan your care. If you are not sure about a question or
how to answer the question, please point to "Not sure" on the sheet.

هل يمكنك أن تخبرني باسمك؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Can you tell me your name?

Yes Not sure No

هل يمكنك أن تكتب اسمك على هذه الورقة؟

لا غير متأكد نعم



Arabic

Can you write your name on this paper for me?

Yes Not sure No

هل قدمت إلى هنا بمفردك؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Did you come here alone?

Yes Not sure No

هل يوجد معك أفراد آخرون من الأسرة أو من الأصدقاء؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Do you have other family member or friends with you?

Yes Not sure No

إذا كانت الإجابة بنعم، فهل يمكنك إخباري بأسمائهم
وأعمارهم أو كتابتها؟

لا غير متأكد نعم



Arabic

If yes, can you tell me or write their names and ages?

Yes Not sure No

هل أي من أفراد عائلتك حامل؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic
Are any of your family members pregnant?

No Not sure Yes

هل تم إدخال أي شخص من عائلتك إلى المستشفى ولديك علم بذلك؟

لا غير متأكد نعم



Arabic
Has anyone in your family been hospitalized that you know of?

No Not sure Yes

هل هناك أحد في عائلتك تُوفي ولديك علم بذلك؟

لا غير متأكد نعم



Arabic
Is anyone in your family deceased that you know of?

No Not sure Yes

هل أنت الشخص الذي يحتاج للمساعدة في الرعاية؟

لا غير متأكد نعم



Arabic

Are you the person that needs help with care?

Yes Not sure No

إذا كانت الإجابة بلا، يرجى كتابة اسمه.

غير متأكد

Arabic

If not, please write their name.

Not sure

ما هي صلتك بهذا الشخص؟

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> شريك | <input type="checkbox"/> والد / والدة |
| <input type="checkbox"/> أحد أفراد الأسرة الآخرين | <input type="checkbox"/> وصي |
| <input type="checkbox"/> صديق أو جار | <input type="checkbox"/> زوج / زوجة |
| <input type="checkbox"/> لا توجد علاقة | <input type="checkbox"/> طفل |
| | <input type="checkbox"/> أخ أو أخت |

Arabic

How are you related to this person?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Partner | <input type="checkbox"/> Parent |
| <input type="checkbox"/> Other family member | <input type="checkbox"/> Guardian |
| <input type="checkbox"/> Friend or Neighbor | <input type="checkbox"/> Spouse |
| <input type="checkbox"/> No relationship | <input type="checkbox"/> Child |
| | <input type="checkbox"/> Brother or Sister |

الأسئلة التالية تتعلق بالشخص الذي يحتاج الرعاية. إذا كنت تقدم إجابات لذلك الشخص، يرجى التأكد من أن الإجابات خاصة بذلك الشخص.

على سبيل المثال، إذا كنت تُجيب عن طفلك وكان السؤال عن "العمر"، فسوف تُعطي عُمر طفلك الذي يحتاج للرعاية، وليس عُمرك أنت.

Arabic

The next questions are about the person who needs care. If you are giving answers for that person, please be sure the answers are about that person.
For example, if you are answering for your child and the question is "age", you would give the age of your child needing care, not your age.

العُمر

يرجى إخباري أو كتابة الرقم.

غير متأكد

Arabic

Age

Please tell me or write the number.

Not sure

ما هو أصلك العرقي؟
يرجى إخباري أو كتابة ذلك.

غير متأكد

Arabic
What race are you? Please tell me or write it down.
No Not sure Yes

العنوان

يرجى إخباري بالعنوان أو إظهار شيء ما عليه العنوان
أو كتابة العنوان.

غير متأكد

Arabic

Address

Please tell me or show me something with the address, or write the address.

Not sure

هل لديك قلق طبي أو صحي الآن؟

نعم

غير متأكد

لا

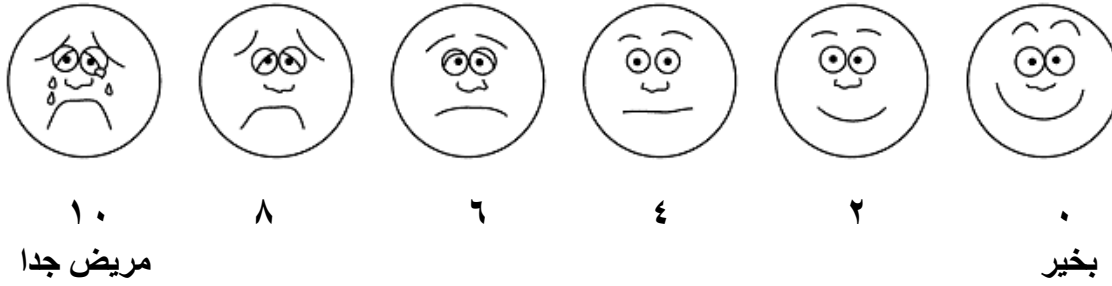


Arabic

Do you have a medical or health concern right now?

Yes Not sure No

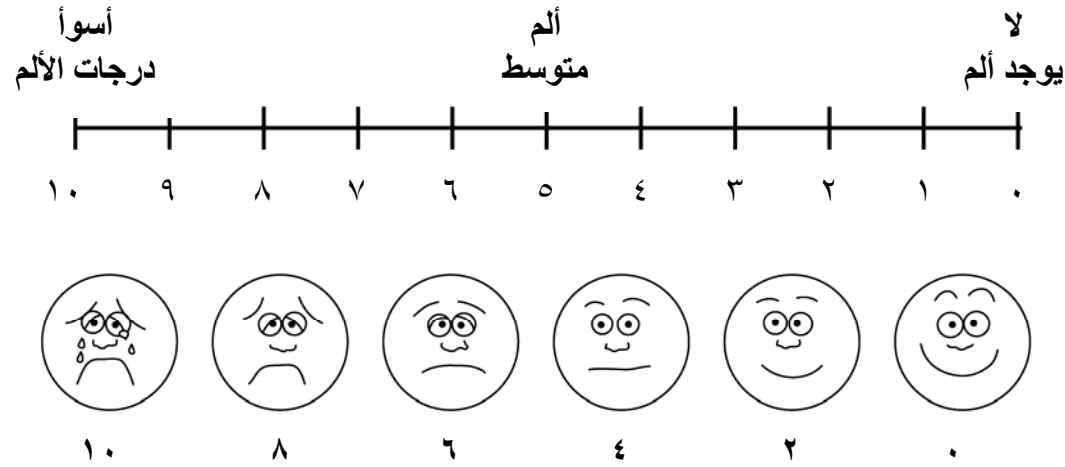
كيف تشعر بدنياً؟



غير متأكد

Arabic
How are you feeling physically?
Very ill Fine
Not Sure

ما مدى الألم الذي تشعر به حالياً؟



غير متأكد

Arabic

How much pain are you in right now?

Worst Pain

Moderate Pain

No Pain

Not Sure

هل يمكنك الإشارة إلى جزء البدن الذي تشعر فيه بالألم؟

لا غير متأكد نعم



إذا كانت الإجابة بنعم – يرجى إظهاره لي.

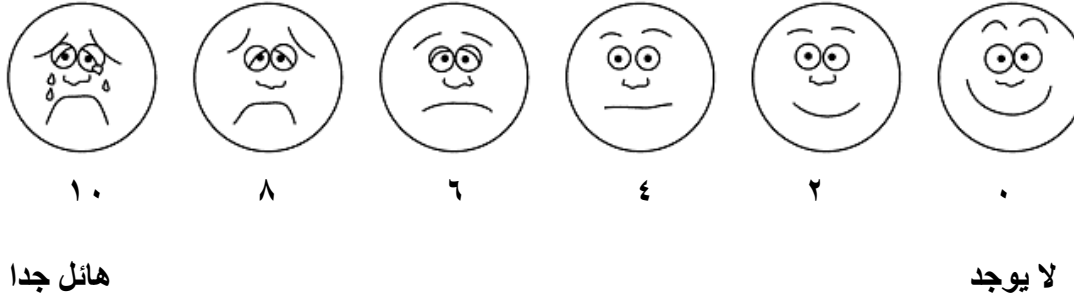
Arabic

Can you point to the part of the body where you have pain?

Yes Not sure No

If yes, please show me.

يعاني بعض الأشخاص من الاضطراب النفسي، مثل الحزن أو
الارتباك أو الغضب. ما مدى الاضطراب النفسي الذي تشعر به الآن؟



غير متأكد

Arabic
Some people have mental distress such as sadness, confusion or anger. How much mental distress do you have right now?
Very much None
Not Sure

هل أنت معرض للخطر أو تؤذي نفسك أو شخصاً آخر الآن؟

لا غير متأكد نعم



Arabic

Are you in danger of hurting yourself or someone else right now?

Yes Not sure No

هل تحتاج لأية أدوية أو أجهزة أو أشياء أخرى للمعيشة اليومية؟

لا غير متأكد نعم



Arabic

Do you need any medicine, equipment or other items for daily living?

Yes Not sure No

هل تحتاج إلى مُقدم رعاية أم أن لديك مساعداً شخصياً؟

لا غير متأكد نعم



Arabic

Do you need a caregiver or do you have a personal assistant?

Yes Not sure No

هل مقدم الرعاية الخاص بك هنا ويخطط للبقاء معك؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Is your caregiver here and planning to stay with you?

Yes Not sure No

اسم مُقدم الرعاية الخاص بك

يرجى إخباري أو كتابة الاسم.

غير متأكد

Arabic

Your caregiver's name:
Please tell me or write the name.
Not Sure

هل لديك حيوان خدمة؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Do you have a service animal?

Yes Not sure No

هل حيوان الخدمة معك؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Is the service animal with you?

Yes Not sure No

إذا كانت الإجابة بلا، هل تعرف مكان الحيوان؟

لا غير متأكد نعم



Arabic

If no, do you know where the animal is?

Yes Not sure No

هل تتلقى أي مخصصات عناية طبية (Medicare) أو مساعدة
طبية (Medicaid)؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Are you receiving any Medicare or Medicaid benefits?

Yes Not sure No

هل بطاقتك موجودة معك؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Do you have your card with you?

Yes Not sure No

هل تعاني من أي حساسية للطعام أو الدواء أو الأشياء
التي حولك؟

لا غير متأكد نعم



Arabic

Do you have any allergies to foods, medicine or things around you?

Yes Not sure No

أخبرني بالأشياء التي تعاني من حساسية نحوها من هذه القائمة.

<input type="checkbox"/> المكسرات أو زبدة الفول السوداني 	<input type="checkbox"/> الفطريات
<input type="checkbox"/> الحليب 	<input type="checkbox"/> اللاتكس 
<input type="checkbox"/> البيض 	<input type="checkbox"/> العشب 
<input type="checkbox"/> القمح أو الجلوتين 	<input type="checkbox"/> الأشرطة 

Arabic

Tell me what you are allergic to from this list.

Nuts or peanut butter

Milk

Eggs

Wheat or gluten

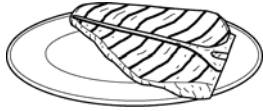

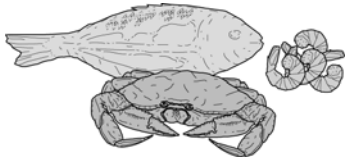


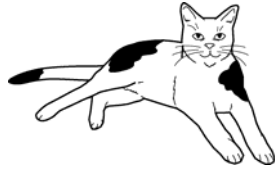
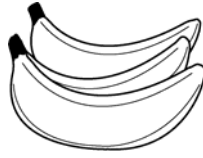
Mold

Latex

Grass

Tape

أخبرني بالأشياء التي تعاني من حساسية نحوها من هذه القائمة.

<input type="checkbox"/> لحم البقر 	<input type="checkbox"/> لقاح الأشجار 
<input type="checkbox"/> الأسماك أو المحار 	<input type="checkbox"/> الغبار 
<input type="checkbox"/> عش الغراب 	<input type="checkbox"/> شعر الحيوانات 
<input type="checkbox"/> أشياء أخرى غير مذكورة بهذه القائمة <input type="checkbox"/> غير متأكد	<input type="checkbox"/> الموز 

Arabic

Tell me what you are allergic to from this list.

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beef | <input type="checkbox"/> Tree pollen |
| <input type="checkbox"/> Fish or shellfish | <input type="checkbox"/> Dust |
| <input type="checkbox"/> Mushrooms | <input type="checkbox"/> Animal hair |
| <input type="checkbox"/> Other things not on this list | <input type="checkbox"/> Bananas |
| <input type="checkbox"/> Not sure | |

إذا كنت تعاني من حساسية للأدوية، فما نوع تلك الأدوية؟

البنسلين

السلفا

الأسبرين

اليود

أدوية أخرى غير مذكورة بهذه القائمة

غير متأكد

Arabic

If medicine, what type?

Penicillin

Sulfa

Aspirin

Iodine

Others not on this list

Not Sure

هل لديك أو ترتدي أي بطاقة تعريف طبية؟

لا غير متأكد نعم



إذا كانت الإجابة بنعم – يرجى إظهارها لي.

Arabic

Do you have or wear any kind of medical identification?

Yes Not sure No

If yes, please show me.

هل ذهبت إلى مستشفى أو عيادة أو تلقيت الرعاية من طبيب خلال الشهر الماضي؟

لا غير متأكد نعم



Arabic

Have you been in the hospital or at a clinic or under the care of a doctor in the past month?

Yes Not sure No

إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو السبب وراء ذلك؟

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> مشاكل في المعدة | <input type="checkbox"/> الفحص |
| <input type="checkbox"/> إجراء جراحة | <input type="checkbox"/> الحصول على أدوية |
| <input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم | <input type="checkbox"/> إجراء اختبارات |
| <input type="checkbox"/> سبب آخر | <input type="checkbox"/> مشاكل في القلب |
| <input type="checkbox"/> غير متأكد | <input type="checkbox"/> ألم |

Arabic

If yes, what for?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> For stomach problems | <input type="checkbox"/> Check up |
| <input type="checkbox"/> For surgery | <input type="checkbox"/> To get medicine |
| <input type="checkbox"/> For high blood pressure | <input type="checkbox"/> For tests |
| <input type="checkbox"/> Other reason | <input type="checkbox"/> For heart problems |
| <input type="checkbox"/> Not Sure | <input type="checkbox"/> For pain |

هل يمكنك أن تخبرني بالمستشفى أو العيادة؟

Riverside Methodist مستشفى

مركز Grant الطبي

Doctors مستشفى

Grady Memorial مستشفى

Dublin Methodist مستشفى

Mount Carmel East مستشفى

Mount Carmel West مستشفى

Arabic

Can you tell me which hospital or clinic?

Riverside Methodist Hospital

Grant Medical Center

Doctors Hospital

Grady Memorial Hospital

Dublin Methodist Hospital

Mount Carmel East

Mount Carmel West

هل يمكنك أن تخبرني بالمستشفى أو العيادة؟

- Mount Carmel St. Ann's مستشفى
- Mount Carmel New Albany Surgical مستشفى
- مستشفى جامعة ولاية أوهايو
- Ohio State University Hospital East مستشفى
- مستشفى James Cancer Hospital ومعهد أبحاث
- Solove بولاية أوهايو
- مستشفى Richard M. Ross Heart بولاية أوهايو

Arabic

Can you tell me which hospital or clinic?

- Mount Carmel St. Ann's
- Mount Carmel New Albany Surgical Hospital
- Ohio State University Hospital
- Ohio State University Hospital East
- Ohio State's James Cancer Hospital and Solove Research Institute
- Ohio State's Richard M. Ross Heart Hospital

هل يمكنك أن تخبرني بالمستشفى أو العيادة؟

- مستشفى Harding Hospital بولاية أوهايو
- شبكة الرعاية الأساسية بجامعة ولاية أوهايو
- مستشفى Nationwide Children's Hospital
- المركز الصحي بالمنطقة
- عيادة أو مستشفى أخرى
- غير متأكد

Arabic

Can you tell me which hospital or clinic?

- Ohio State's Harding Hospital
- Ohio State University Prime Care Network
- Nationwide Children's Hospital
- Neighborhood health center
- Other clinic or hospital
- Not sure

هل يمكنك أن تخبرني باسم الطبيب؟

يرجى إخباري بالاسم أو إظهار الاسم من بطاقة
أو كتابة الاسم.

غير متأكد

Arabic

Can you tell me the name of the doctor?

Please tell me the name, show me the name from a card, or write the name.

Not sure

هل تعاني من حالة تتطلب أي أجهزة أو مستلزمات
طبية خاصة؟

نعم

غير متأكد

لا

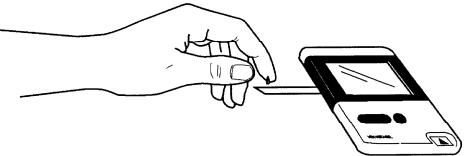



Arabic

Do you have a condition that requires any special medical equipment or supplies?

Yes Not sure No

إذا كانت الإجابة بنعم، هل يمكنك أن تخبرني بما تستخدمه؟

<input type="checkbox"/> المحاقن 	<input type="checkbox"/> الإنسولين 	<input type="checkbox"/> قلم أبينفرين للحساسية 
<input type="checkbox"/> الأوكسجين 	<input type="checkbox"/> مقياس الجلوكوز 	<input type="checkbox"/> جهاز الرذاذ 
<input type="checkbox"/> الضمادات 	<input type="checkbox"/> جهاز ضخ الهواء الموجب المتواصل 	<input type="checkbox"/> جهاز التنفس 

Arabic

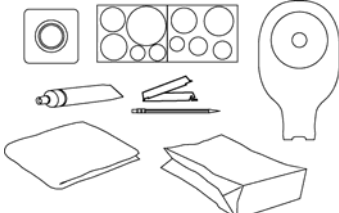
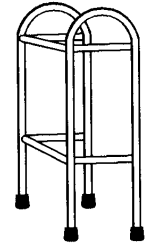
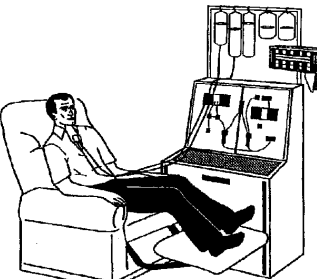
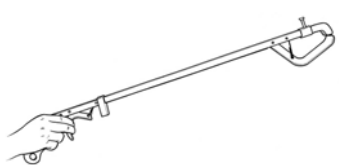
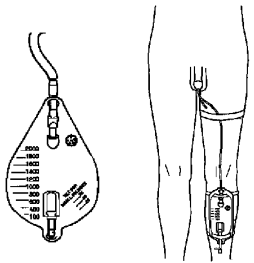


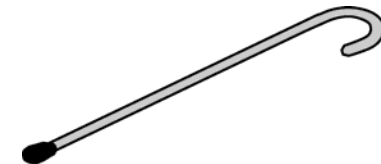
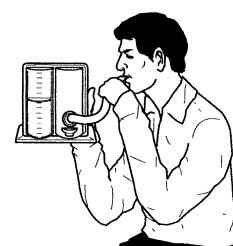
If yes, can you tell me what you use?

Syringes
 Oxygen
 Dressings

Insulin
 Glucose meter
 CPAP

Epinephrine pen for allergy
 Nebulizer
 Respirator

إذا كانت الإجابة بنعم، هل يمكنك أن تخبرني بما تستخدمه؟

<input type="checkbox"/> مستلزمات الفغر 	<input type="checkbox"/> مشاية 	<input type="checkbox"/> غسيل الكلى 
<input type="checkbox"/> أداة تطويل 	<input type="checkbox"/> قنطار فولي 	<input type="checkbox"/> التغذية الأنبوبية 
<input type="checkbox"/> أداة مساعدة في ارتداء الجورب 	<input type="checkbox"/> عكاز 	<input type="checkbox"/> مقياس تنفس تحفيزي 

Arabic

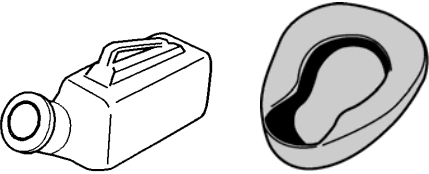

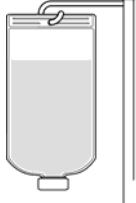
If yes, can you tell me what you use?

Ostomy supplies
 Reacher
 Sock aid

Walker
 Foley catheter
 Cane

Dialysis
 Tube feedings
 Incentive spirometer

إذا كانت الإجابة بنعم، هل يمكنك أن تخبرني بما تستخدمه؟

<input type="checkbox"/> رباط 	<input type="checkbox"/> مبولة سريرية 	<input type="checkbox"/> جبيرة 
<input type="checkbox"/> مقعد تواليت مرتفع 	<input type="checkbox"/> لوح انتقال 	<input type="checkbox"/> كرسي متحرك 
<input type="checkbox"/> مستلزمات أخرى غير مذكورة بهذه القائمة <input type="checkbox"/> غير متأكد	<input type="checkbox"/> فتحة أو قنطار للأدوية 	<input type="checkbox"/> تغذية وريدية 

Arabic

If yes, can you tell me what you use?

- Brace
 Raised toilet seat
 Other supplies not on this list
 Not sure

- Urinal or bed pan
 Transfer board
 Port or catheter for medicines

- Splint
 Wheelchair
 Parenteral nutrition

هل أحضرت أيّاً من هذه المستلزمات معك؟

لا غير متأكد نعم



Arabic

Did you bring any of these supplies with you?

Yes Not sure No

هل تتناول أي أدوية يومياً؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Do you take any medicines every day?

Yes Not sure No

هل أدويةك موجودة معك؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Do you have your medicine with you?

Yes Not sure No

متى كانت آخر مرة تناولت فيها هذا الدواء؟

اليوم

الأمس

منذ أكثر من يومين

أكثر من أسبوع مضى

غير متأكد

Arabic

When did you last take this medicine?

Today

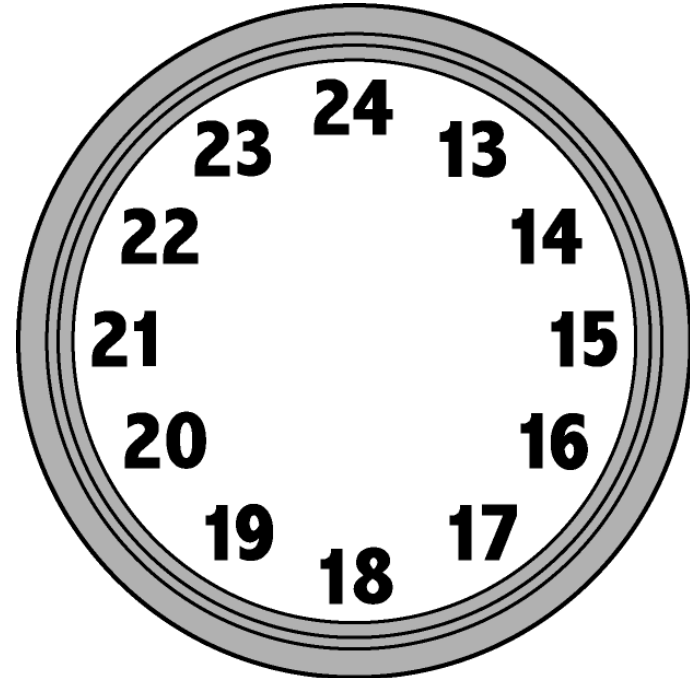
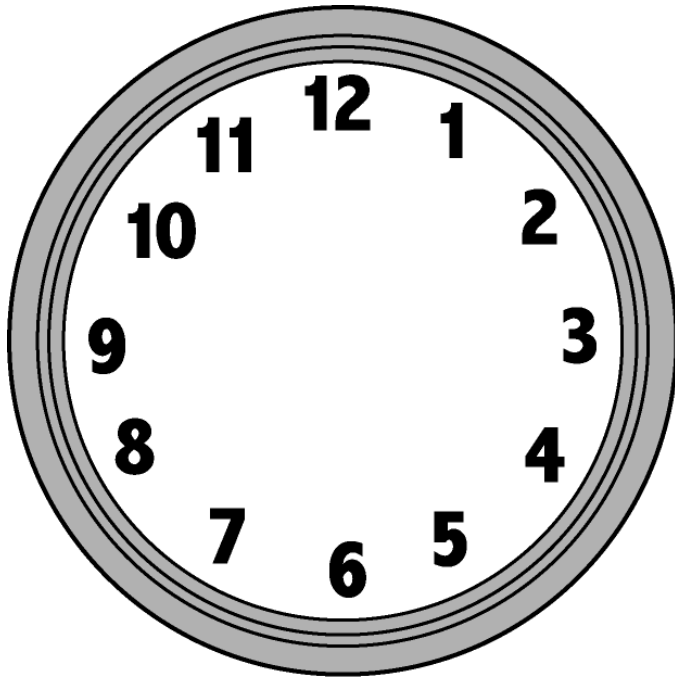
Yesterday

More than 2 days ago

More than a week ago

Not Sure

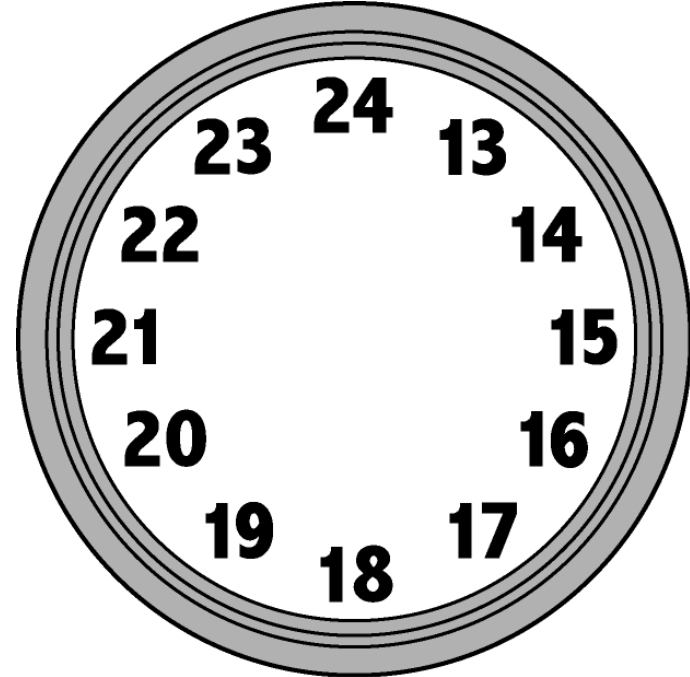
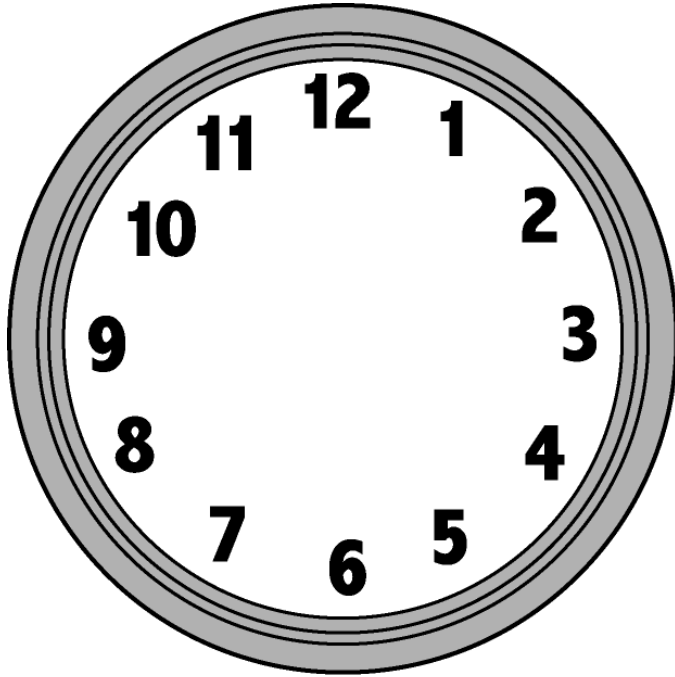
ما الوقت الذي تناولت فيه هذا الدواء؟



Arabic

What time did you take it?

متى ينبغي أن تتناول دواءك مرة أخرى؟



Arabic

When should you take your medicine again?

هل تعرف اسم المكان الذي تحصل منه على أدويةك
(مثل مستودع أدوية أو صيدلية أو متجر بقالة أو عيادة)؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Do you know the name of the place where you get your medicines (such as a drug store, pharmacy, grocery store or clinic)?

Yes Not sure No

هل تعرف أسماء الأدوية التي تتناولها؟

لا غير متأكد نعم



Arabic

Do you know the names of the medicines you take?

Yes Not sure No

هل تعرف ما تتناول الأدوية من أجله؟

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ترقيق الدم | <input type="checkbox"/> مشاكل في القلب |
| <input type="checkbox"/> خفض الكولسترول | <input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم |
| <input type="checkbox"/> التحكم في الإجهاد | <input type="checkbox"/> مرض السكر |
| <input type="checkbox"/> المساعدة على النوم | <input type="checkbox"/> مشاكل في الكليتين |
| <input type="checkbox"/> السرطان | <input type="checkbox"/> مشاكل في الكبد |

Arabic

Do you know what you take medicine for?

- | | |
|---|--|
| To thin my blood <input type="checkbox"/> | Heart problems <input type="checkbox"/> |
| To lower cholesterol <input type="checkbox"/> | High blood pressure <input type="checkbox"/> |
| To control my stress <input type="checkbox"/> | Diabetes <input type="checkbox"/> |
| To help me sleep <input type="checkbox"/> | Kidney problems <input type="checkbox"/> |
| Cancer <input type="checkbox"/> | Liver problems <input type="checkbox"/> |

هل تعرف ما تتناول الأدوية من أجله؟

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ضعف المناعة المكتسبة أو الإيدز | <input type="checkbox"/> التحكم في الألم |
| <input type="checkbox"/> فقر الدم | <input type="checkbox"/> التهاب المفاصل |
| <input type="checkbox"/> مشاكل في العينين | <input type="checkbox"/> مساعدة الدورة الدموية |
| <input type="checkbox"/> مشاكل في التنفس | <input type="checkbox"/> الحساسية |
| <input type="checkbox"/> مشكلة في الجلد | <input type="checkbox"/> معالجة عدوى |

Arabic

Do you know what you take medicine for?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> HIV or AIDS | <input type="checkbox"/> Pain control |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Eye problems | <input type="checkbox"/> To help my circulation |
| <input type="checkbox"/> Breathing problems | <input type="checkbox"/> Allergies |
| <input type="checkbox"/> Skin problems | <input type="checkbox"/> To treat an infection |

هل تعرف ما تتناول الأدوية من أجله؟

- تقوية الذاكرة
- المشاكل في الدرقية
- المساعدة في التخلص من السائل
- أسباب أخرى غير مذكورة بهذه القائمة
- غير متأكد
- الملاريا
- تشنجات عضلية
- مرض السل

Arabic

Do you know what you take medicine for?

- Malaria
- Muscle spasms
- Tuberculosis
- To help my memory
- Thyroid problems
- To help me get rid of fluid
- Other reasons not on this list
- Not sure

هل تعاني من أي مشاكل في السمع؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Do you have any problems with your hearing?

Yes Not sure No

هل تستخدم جهازاً يساعد على السمع؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Do you use a hearing aid?

Yes Not sure No

هل الجهاز الذي يساعدك على السمع معك؟

لا غير متأكد نعم



Arabic

Do you have your hearing aid with you?

Yes Not sure No

هل الجهاز الذي يساعدك على السمع يعمل؟

نعم غير متأكد لا



Arabic

Is your hearing aid working?

Yes Not sure No

هل تحتاج إلى بطارية؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Do you need a battery?

Yes Not sure No

هل تحتاج إلى مُترجم لغة الإشارة؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Do you need a sign language interpreter?

Yes Not sure No

ما هي أفضل طريقة تتواصل بها مع الآخرين؟

- لغة الإشارة
- قراءة الشفاه
- استخدام هاتف معوقي السمع (TTY)
- كتابة ملاحظات
- استخدام لوحة اتصالات
- غير متأكد

Arabic

How do you best communicate with others?

- Sign language
- Lip read
- Use a TTY
- Write notes
- Use communication board
- Not Sure

هل ترتدي نظارات طبية؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Do you wear prescription eye glasses?

Yes Not sure No

هل نظاراتك معك أو في أمتعتك؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Do you have your glasses with you or with your belongings?

Yes Not sure No

هل لديك مشاكل في الرؤية، حتى مع ارتداء النظارات؟

لا غير متأكد نعم



Arabic

Do you have problems seeing, even with your glasses?

Yes Not sure No

هل تستخدم عُكازاً أبيض؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Do you use a white cane?

Yes Not sure No

هل عكازك الأبيض معك؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Do you have your white cane with you?

Yes Not sure No

هل تحتاج للمساعدة في التحرك، حتى مع استخدام العكاز
الأبيض؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Do you need help getting around, even with your white cane?

Yes Not sure No

هل تحتاج للمساعدة في التحرك؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Do you need help moving around?

Yes Not sure No

هل تحتاج للمساعدة في الدخول للفراش أو النهوض منه؟

لا غير متأكد نعم



Arabic

Do you need help getting in or out of bed?

Yes Not sure No

هل تحتاج للمساعدة في ارتداء الملابس؟

لا غير متأكد نعم



Arabic

Do you need help getting dressed?

Yes Not sure No

هل تحتاج للمساعدة في استخدام الحمام؟

لا غير متأكد نعم



Arabic

Do you need help using the bathroom?

Yes Not sure No

هل تحتاج للمساعدة في الاستحمام؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Do you need help bathing?

Yes Not sure No

هل تحتاج للمساعدة في تناول الطعام؟

لا غير متأكد نعم



Arabic

Do you need help eating?

Yes Not sure No

هل تحتاج للمساعدة في تقطيع طعامك؟

لا غير متأكد نعم



Arabic

Do you need help cutting up your food?

Yes Not sure No

هل يوجد معك أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو مقدم رعاية
لمساعدتك في هذه الأنشطة؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Do you have a family member, friend or caregiver with you to help you with these activities?

Yes Not sure No

هل لديك أسنان أو تركيبات أسنان اصطناعية؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Do you have false teeth or dentures?

Yes Not sure No

هل أسنانك الاصطناعية معك؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Do you have your false teeth with you?

Yes Not sure No

هل تتبع نظاماً غذائياً خاصاً؟

نعم

غير متأكد

لا



Arabic

Are you on any special diet?

Yes Not sure No

ما نوع النظام الغذائي الخاص؟

- مرض السكر
- ملح منخفض
- نظام غذائي للكلى
- نظام غذائي خالي من الجلوتين
- أطعمة نباتية
- طعام شرعي في الشريعة اليهودية (كوشير)

Arabic

What type of special diet?

- Diabetes
- Low salt
- Renal diet
- Gluten free diet
- Vegetarian
- Kosher

ما نوع النظام الغذائي الخاص؟

- أطفمة لينة
- نظام غذائي لمشاكل البلع
- نظام غذائي لحماية من العدوى
- نوع آخر غير مذكور بهذه القائمة
- غير متأكد

Arabic

What type of special diet?

- Soft foods
- Diet for problems with swallowing
- Diet to protect me from infection
- Other type not on this list
- Not sure

رقم الهاتف الذي يمكن الاتصال بك عليه؟

Arabic

Telephone number where you can be reached?

رقم هاتف آخر، إذا كان متوافراً.

Arabic

Another telephone number, if you have one.

عنوان البريد الإلكتروني، إذا كان متوافراً.

Arabic

Email address, if you have one.

تاريخ الميلاد