**مرکز پزشکی نیوکاسل - ثبت نام نوزاد جدید/زیر 5 سال**

**Newcastle Medical Centre – New Baby/Under 5s Registration**

لطفاً یک نسخه از سوابق اصلی ایمن سازی کودک خود

را با این فرم ارائه کنید

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| مشخصات کودک شما | | |
|  | | نام: |
| نام خانوادگی: |
| جنسیت: |
| کد پستی | | تاریخ تولد: |
| شماره NHS: | | |
| مکان تولد: | | |
| وضعیت قومی (لطفا یک دایره بزنید)  سفید بریتانیایی سفید و آسیای شرقی آسیایی دیگر ایرلندی مختلط نوع دیگر  کارائیب سفید دیگر هندی آفریقایی سیاه/سفید کارائیب  پاکستانی سیاه دیگر سیاه/سفید آفریقایی بنگلادشی چینی | | |
| پزشک عمومی(GP) قبلی (اگر وجود داشته باشد): | | |
| آدرس: | نام پزشک عمومی(GP): | |
| کد پستی: |

|  |
| --- |
| **اگر کودک شما در بریتانیا(**UK**) متولد نشده است:** |
| تاریخ ورود به بریتانیا(UK): |

|  |  |
| --- | --- |
| **مشخصات والدین یا سرپرست** | |
| رابطه: | نام شما: |
| شماره تلفن منزل: | آدرس: |
| شماره تلفن محل کار: |
| تلفن موبایل: | کد پستی: |
| ایمیل: | |
| رضایت برای تماس با: پیامک ایمیل | |

|  |
| --- |
| سابقه پزشکی (در صورت وجود) |
| لطفاً هر گونه شرایط پزشکی را که کودک شما دارد نام ببرید: |
| آلرژی: |
| داروی فعلی: |

|  |
| --- |
| **ایمن سازی - لطفاً یکی از کادرها را علامت بزنید** |
| من برای واکسینه شدن فرزندم رضایت می دهم |
| من رضایت نمی دهم که فرزندم واکسینه شود |