



Medical Declaration Form

Please complete the Health Declaration Form and hand over the filled form to the health staff

الإقرار الصحي
يرجى إكمال نموذج الإقرار الصحي وتسليم النموذج المعبأ إلى الطاقم الصحي

Name:	الاسم:
Mobile No.:	رقم الهاتف:
Email:	البريد الإلكتروني:
Passport No/ CPR	رقم جواز السفر / الرقم الشخصي:
Arrived From:	قادم من :
Arrival date:	تاريخ الوصول:
Flight No. :	رقم الرحلة :
Details of a contact person (in Bahrain or overseas) in case of emergency:	جهة الاتصال في حالة الطوارئ (في البحرين أو خارج البحرين):
- Name:	- الاسم:
- Mobil No.:	- رقم الهاتف:
Have you experienced any of the following symptoms in the past 24 hours?	هل تعاني او عانيت خلال ٢٤ ساعة الماضية أي من الأعراض التالية؟
<ul style="list-style-type: none">Do you have any of the following symptoms:<ul style="list-style-type: none">- Acute skin rash Yes No- Fever Yes No- Headache Yes No- Enlarged lymph nodes Yes No- Respiratory symptoms (cough, sore throat, nasal congestion) Yes No- Muscle pain Yes No- Exhaustion Yes No- Gastrointestinal symptoms (diarrhea, vomiting, abdominal pain) Yes No- Contact with a patient with hemorrhagic fever? Yes No- Symptoms of blood (in the urine, stool, nosebleeds or gums) Yes No	<ul style="list-style-type: none">هل لديك أي من الأعراض التالية:<ul style="list-style-type: none">- طفح جلدي نعم لا- حمى نعم لا- صداع نعم لا- تضخم في الغدد اللمفاوية نعم لا- أعراض في الجهاز التنفسي (كحة، التهاب الحلق، احتقان الأنف)؟ نعم لا- ألم في العضلات نعم لا- تعب وإرهاق جسدي نعم لا- أعراض الجهاز الهضمي (اسهال، قيء، ألم في البطن)؟ نعم لا- مخالطة مريض بالحمى النزفية؟ نعم لا- أعراض نزيف دم في (البول ، البراز، الأنف أو اللثة)؟ نعم لا
<ul style="list-style-type: none">Do you have a chronic medical condition such as diabetes, hypertension, cancer, immune compromising disorder? Yes NoIf yes specify:Are you currently on any medication? Yes NoIf yes specify:	<ul style="list-style-type: none">هل تعاني من أمراض مزمنة مثل مرض السكري وارتفاع ضغط الدم والسرطان واضطراب مناعي؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، حدد المرض:هل تتناول حالياً أي دواء؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، حدد الدواء:
Please attach proof of immunization against the following diseases: <ul style="list-style-type: none">Measles, Mumps and RubellaMeningitisPolio	الرجاء ارفاق ما يثبت التحصين من الأمراض التالية: <ul style="list-style-type: none">الحصبة، الحصبة الألمانية، النكافالتهاب السحاياشلل الأطفال
أفهم أنه سيتم استخدام هذا النموذج في مسائل الصحة العامة ، وأؤكد أنني ملأت المعلومات المطلوبة بدقة.	
I understand that this form will be used for public health matters, and I confirm that I have filled out the information required accurately.	
Name:	الاسم:
Date:	التاريخ:
Signature:	التوقيع:
Or	أو
Signature (Parent/ Legal guardian):	توقيع (الوصي/ ولي الأمر) :