

कृपया इस प्रपत्र को भरें ताकि हम आपकी सहायता कर सकें  
**Please Complete This Form So We Can Help You**

इस कागज को अपने साथ रखें। स्टाफ का कोई व्यक्ति जल्दी ही आपके कागज को देखेगा।  
Keep this paper with you. A staff person will look at your paper soon.

रोगी का नाम **Patient's name** \_\_\_\_\_

स्त्री Female  पुरुष Male

आयु Age \_\_\_\_\_

वजन Weight \_\_\_\_\_ किलोग्राम/पौंड kilograms/pounds

इस प्रपत्र को कौन भर रहा है?

- मैं, रोगी  
 रोगी के परिवार का सदस्य या मित्र  
 रोगी के लिए एक दुभाषिया

**Who is filling out this form?**

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

आप यहां क्यों आए हैं?

- मैं एक दुर्घटना के कारण बीमार या चोटग्रस्त हूँ  
 मैं बीमार या चोटग्रस्त हूँ पर किसी दुर्घटना के कारण नहीं  
 मैं यहां परिवार के एक सदस्य की मदद या प्रतीक्षा करने के लिए हूँ

**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

क्या आप गर्भवती हैं?

- हाँ  
 मैं प्रसवावस्था में हूँ  
 नहीं  
 मुझे पक्का यकीन नहीं है

**Are you pregnant?**

- Yes  
I am in labor  
No  
I am not sure

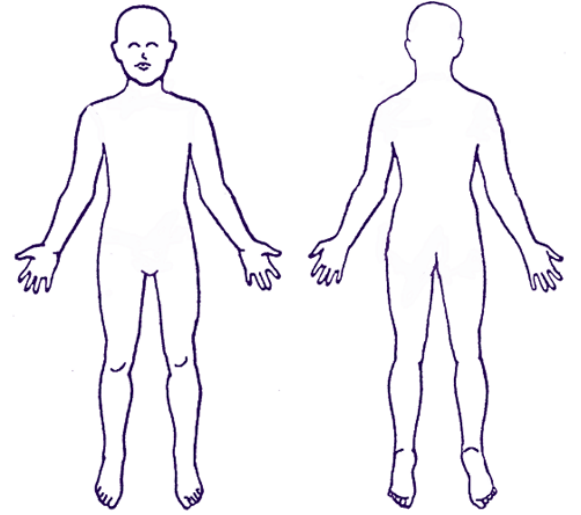
### आपको क्या समस्या है?

उन सभी पर निशान लगाएं जो लागू होते हों।

- मुझे सांस लेने में मुश्किल हो रही है
- मुझे छाती में दर्द, दबाव या बेचैनी हो रही है
- मुझे खून निकल रहा है
- मुझे बेहद तेज सिर दर्द है
- मुझे चक्कर या सिर में हल्कापन महसूस हो रहा है
- मुझे देखने में मुश्किल हो रही है
- मैं सुन नहीं सकता/सकती
- मेरी कोई हड्डी टूट गई है
- मेरी त्वचा में जलन हो रही है
- मेरी त्वचा में फुंसियां, सूजन या लालाई है
- मुझे सुन्नता या झुनझुनी महसूस हो रही है
- मुझे मतली, उल्टी या दस्त आ रहे हैं
- मुझे गीली सर्दी, खांसी या बुखार है

इन चित्रों में उस जगह पर निशान लगाएं जहां आपको दर्द हो रहा हो।

Mark on these figures where you feel pain.



आपको जो रोग या बीमारियां हों या अतीत में रही हों उन पर निशान लगाएं।

- दमा
- डायबिटीज़
- हृदय रोग
- हेपेटाइटिस
- उच्च रक्तचाप (ब्लड प्रेशर)
- एचआईवी, कैंसर या अन्य कारण से प्रतिरोधकता में कमी (इम्युनोसप्रेसन)
- हृदयघात

### What problems 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

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

आप निम्न में से जो भी दवा ले रहे हों उस पर निशान लगाएं।

- हृदयरोग की दवाएं
- रक्तचाप (ब्लड प्रेशर) की दवाएं
- रक्त पतला करने वाली जैसे कुमाडिन
- श्वास संबंधी दवाएं
- इन्सुलिन
- बिना पर्ची के सीधे मिलने वाली दवाएं जैसे एंटासिड, लैक्सेटिक्स (रेचक) या दर्द की दवाएं

आपको कोई एलर्जी हो तो निशान लगाएं।

- दुग्ध उत्पाद जैसे अंडे या दूध
- सीफूड
- डार्क या आयोडीन
- एस्पिरिन
- पेनिसिलिन
- मॉर्फिन
- सल्फा
- लेटेक्स
- अन्य \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

Mass Casualty Form. Hindi.

7/2007. Content developed through a partnership of the Central Ohio Trauma System, the Columbus Medical Association Foundation, Columbus Public Health, Franklin County Board of Health, Mount Carmel Health, Ohio State University Medical Center and OhioHealth, Columbus, Ohio. Available for use as a public service without copyright restrictions at [www.healthinfotranslations.org](http://www.healthinfotranslations.org).