

## Circle the appropriate answer.

Обведите кружком подходящий ответ.

<b>1. Do you have headaches?</b>		Yes	No				
<b>У вас есть головные боли?</b>		Да	Нет				
<b>2. Do you have dizziness?</b>		Yes	No				
<b>У вас есть головокружения?</b>		Да	Нет				
<b>3. How long do you have this problem?</b>							
<b>Как долго это длится уже?</b>							
Few weeks or less	Few months or less	6 months or less	More than 6 months				
Пару недель или меньше	Несколько месяцев или меньше	Полгода или меньше	Больше 6 месяцев				
<b>4. Have you had a significant trauma or injury of the head?</b>		Yes	No				
<b>Были ли у вас серьезные травмы или ушибы головы?</b>		Да	Нет				
<b>5. Did your vision change or you have visual disturbance?</b>		Yes	No				
<b>Наблюдается ли у вас нарушение или ухудшение зрения?</b>		Да	Нет				
<b>6. Do you have change in smell or taste?</b>		Yes	No				
<b>Ухудшилось ли у вас обоняние или вкус?</b>		Да	Нет				
<b>7. Do you have numbness or weakness in anything below?</b>							
<b>Есть ли у вас онемение или слабость в чем либо из ниже?</b>							
Head	Neck	<b>Arms:</b>	Right	Left	<b>Legs:</b>	Right	Left
Голова	Шея	<b>Руки:</b>	Правая	Левая	<b>Ноги:</b>	Правая	Левая
<b>8. Have you ever had surgery of the head, sinuses or face?</b>		Yes	No				
<b>Были ли у вас операции на голове, пазухах или лице?</b>		Да	Нет				
<b>9. Have you ever had surgery of the head, sinuses or face?</b>		Yes	No				
<b>Были ли у вас операции на голове, пазухах или лице?</b>		Да	Нет				
<b>10. Have you ever had a stroke?</b>		Yes	No				
<b>Были ли у вас инсульты?</b>		Да	Нет				
<b>11. Have you ever fainted or had seizure?</b>		Yes	No				
<b>Были ли у вас потери сознания или приступы?</b>		Да	Нет				
<b>12. Have you ever been diagnosed with cancer?</b>		Yes	No				
<b>У вас когда-либо был диагностирован рак?</b>		Да	Нет				
<b>***Females only: Is there any chance that you might be pregnant?</b>		Yes	No				
<b>***Только женщины: есть ли вероятность того что вы беременны?</b>		Да	Нет				