



Holiadur Meddygol Profiad Gwaith Work Experience Medical Questionnaire

Datganiad Iechyd Cyfrinachol

Pan ydych chi ar brofiad gwaith, mae'n bwysig iawn i chi a'r sefydliad eich bod yn gallu gweithio heb beryglu'ch iechyd a'ch diogelwch chi'ch hun neu iechyd a diogelwch y bobl sydd o'ch cwmpas chi.

Mae'n rhaid i chi lenwi'r ffurflen yn onest, fel bo'r Adran Iechyd Galwedigaethol yn gallu penderfynu a oes angen cyfweiliad iechyd neu archwiliad meddygol arnoch. Fydd y wybodaeth ddim yn cael ei datgelu i neb heb eich caniatâd, ond bydd barn am eich ffitrwydd ar gyfer profiad gwaith yn cael ei rhoi i'ch swyddog penodi.

Cyn ateb y cwestiynau, dylech ddarllen y datganiad i'w arwyddo ar ddiwedd y ffurflen hon.

Confidential Declaration of Health

When you are on work experience, it is very important both for yourself and the organisation that you are able to do so without endangering your health and safety or the health and safety of those around you.

You are required to complete this form honestly, so that the Occupational Health Department can decide whether a further health interview or medical examination is necessary. The information given will not be disclosed to anyone without your permission, but an opinion about your fitness for work experience will be given to your appointing officer.

Before answering the questions, you should read the declaration to be signed at the end of this form.

I'w lenwi gan yr ymgeisydd / To be completed by the applicant

Cyfenw / Surname:		Enw Cyntaf / Forename:	
Cyfeiriad / Address: Tel No		Dyddiad Geni / Date of Birth:	
Cod Post / Post Code:		Rhif Ysw Cen / NI Number:	
Enw Meddyg Teulu / GP Name:		Cyfeiriad Meddyg Teulu / GP Address:	
Adran yr ydych yn ymgeisio am Brofiad Gwaith / Department you are applying to for Work Experience		Dyddiad a gofynnwyd am ddechrau Profiad Gwaith/ Date requested Work Experience to commence	

Nodwch y brechiadau a gawsoch os gwelwch yn dda / Please complete your vaccination history:

Brechiadau / Vaccinations	Do / Yes	Na / No	Dyddiad Derbyn Date Received
Tetanws / Tetanus			
Polio / Polio			
Y Frech Goch, Clwy Pennau a Rwbela / Measles, Mumps and Rubella			
BCG (Pigiad TB) / BCG (TB Injection)			
Gawsoch chi firws y Frech leir erioed? (<i>dileer fel bo'n berthnasol</i>) Have you, at any time, had the Chicken Pox Virus? (<i>please delete as applicable</i>)	Do / Yes		Na / No

Atebwch bob cwestiwn yn llawn os gwelwch yn dda. Ticiwch BOB bocs priodol. Os 'oes/do' ydy'ch ateb i gwestiwn, rhowch y manylion a'r dyddiadau yn y bwllch. Gawsoch chi, ar unrhyw adeg, un o'r canlynol:

Please fully answer each question below. Tick ALL appropriate boxes. If the answer to any question is "yes" please give details and dates in the space provided. Have you, at any time, had any of the following:

Cwestiynau / Questions	Do / Yes	Na / No	Manylion / Details	Dyddiad(au) / Date(s)
Unrhyw gyfyngiadau ar weithgaredd corfforol normal neu chwaraeon? Any restrictions to normal physical activity or games?				
Alergeddau croen, ecsema neu unrhyw alergeddau eraill e.e. cnau? Skin allergies, eczema, or any other allergies e.g. nuts?				
Bronchitis, asthma neu anhwylder ar y frest? Bronchitis, asthma or chest complaints?				
Anabledd clyw neu glustiau'n rhedeg? A hearing disability or discharging ears?				
Clefyd y galon oedd yn effeithio ar eich gallu i wneud tasgau corfforol? Heart disease affecting your capacity for physical tasks?				
Diabetes ?				

Ffitiau neu byliau o lewygu? Fits or fainting attacks?				
Nam mawr ar weld lliwiau neu nam gweledol arall? Significant colour vision defect or other visual disability?				
Anabledd dysgu, a allai effeithio ar eich gallu i ddeall neu weithredu cyfarwyddiadau? A learning disability, which might affect your ability to understand or act on instructions?				
Unrhyw broblemau iechyd eraill y mae angen cymryd meddyginiaeth reolaidd atynt. Os oes, nodwch Any other health problems with need for regular medication. If so, please state.				
Gawsoch chi amser i ffwrdd o'r ysgol/coleg oherwydd salwch dros y 3 blynedd ddiwethaf? Have you had any time off school/college due to illness over the last 3 years?				

Rwyf yn datgan hyd y gwn i, bod y datganiadau blaenorol i gyd yn gywir. Rwyf yn deall os wyf yn fwriadol yn gwneud datganiad ffug ynghylch fy hanes meddygol unai wrth ateb y cwestiynau uchod neu pan fydd yr un sy'n rhoi'r archwiliad meddygol yn fy holi, neu'n atal neu'n cuddio unrhyw ffaith feddygol, y gallaf, os caf fy nerbyn, fod yn agored i derfynu fy lleoliad profiad gwaith. Rwyf hefyd yn ymgymryd â hysbysu'r Adran Iechyd Galwedigaethol o unrhyw newid yn fy iechyd a allai ddigwydd rhwng llenwi'r holiadur hwn a dechrau'r lleoliad

I declare that to the best of my knowledge, all the forgoing statements are correct. I understand that if I knowingly make a false statement regarding my medical history either in answer to the above questions or when asked by the medical examiner, or withhold or conceal any medical fact, I may, if accepted, be liable to the termination of my work experience placement. I also undertake to inform the Occupational Health Department of any changes in my health which may occur between completing this questionnaire and starting the placement.

Llofnod yr Ymgeisydd /

Signature of Applicant:

Dyddiad / Date:

Llofnod y Rhiant / Gwarcheidwad (os o dan 18)

Signature of Parent / Guardian (if under 18):

Dyddiad / Date:

Bydd methu â llenwi'r ffurflen hon yn llawn yn arwain at oedi, gan y bydd y ffurflen yn cael ei hanfon yn ôl atoch i'w llenwi.

Failure to fully complete this form correctly will result in a delay, as the form will be returned to you for further completion.

AT DDEFNYDD Y SWYDDFA'N UNIG / FOR OFFICE USE ONLY:

Sylwadau / Comments

Arwyddwyd / Signed

Dyddiad / Date