

在进去看医生之前，请先填写本表格，填好后把它交给：

Por favor, rellene este impreso antes de entrar en la consulta del médico y entréguelo:

我
A mí

医生
Al médico

姓名 (用拉丁字母):

Nombre y apellidos (en letras latinas):

出生日期 (公历): 日: 月: 年:

Fecha de nacimiento (calendario cristiano): Día: Mes: Año:

地址: 电话:

Domicilio: Teléfono:

民族: 国籍:

Nacionalidad: País de donde proviene:

在西班牙居住年限 一年以下 一年以上 (说明年数)

Años que lleva viviendo en España: Menos de uno Más de uno (indique cuántos):

你有什么症状? 疼痛 损伤或烧伤 感染 其他
Síntoma que motivó la consulta Dolor Golpe o quemadura Infección Otro

哪里有伤或病? 在图中用箭头把伤病部位标出来。

¿DÓNDE LO TIENE? Marque el lugar en la figura con una flecha

症状何时开始? 少于: 一小时 一天 一周 一个月 一年

¿CUÁNDO EMPEZÓ? Menos de: Una hora Un día Una semana Un mes Un año

起病方式: 突然 逐渐

Inicio: Súbito Gradual

频度: 以前有过这种病吗? 否 是

PERIODICIDAD: ¿Le ha ocurrido más veces? No Sí

进程: 越来越严重 总是这样 来得快去得快

PROGRESIÓN: Aumenta con el tiempo Se mantiene igual Va y viene

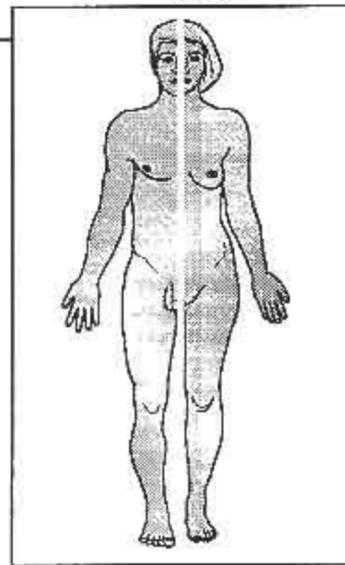
你是否觉得与以下行为有关? 否 是 (如果“是”，在下面用标出来):

¿LO ASOCIA A ALGO? No Sí (en caso afirmativo marque con un aspa a continuación):

进食时 身体动时 锻炼时 夜间 白天 情绪激动时 其他
Comidas Movimientos Ejercicio Noche Día Emociones Otro

是否有那些情况会加重病情? 否 是 (请从前面的列表中选择一项或多项，在上面画圈)

¿SE AGRAVA CON ALGO? No Sí (marque con un círculo las opciones anteriores)



以前患过的疾病
Enfermedades previas

手术治疗时你的年龄 (在下面病名的旁边填写上你生病时的年龄和时间):

OPERACIONES. ¿Cuántos años tenía? (Escriba en el cuadrado junto a la enfermedad cuántos años tenía):

- | | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 白内障
Cataratas | <input type="checkbox"/> 眼疾
Vista | <input type="checkbox"/> 鼻窦炎
Sinusitis | <input type="checkbox"/> 扁桃腺
Amígdalas | <input type="checkbox"/> 甲状腺肿
Bocio |
| <input type="checkbox"/> 孢囊
Quistes | <input type="checkbox"/> 肺
Pulmón | <input type="checkbox"/> 心脏
Corazón | <input type="checkbox"/> 胃
Estómago | <input type="checkbox"/> 肠
Intestino |
| <input type="checkbox"/> 性器官
Órganos sexuales | <input type="checkbox"/> 胆囊
Vesícula biliar | <input type="checkbox"/> 痔疮
Hemorroides | <input type="checkbox"/> 剖腹产
Cesárea | <input type="checkbox"/> 癌症
Cáncer |
| 子宫切除术:
Histerectomía (vaciamiento): | <input type="checkbox"/> 子宫
De matriz | <input type="checkbox"/> 卵巢
De ovario | | |
| <input type="checkbox"/> 臂
Brazo | <input type="checkbox"/> 腿
Pierna | <input type="checkbox"/> 曲张静脉
Varices | <input type="checkbox"/> 其他
Otras | |

在下面的框中写出次数:

ESCRIBA EL NÚMERO DENTRO DEL CUADRADO:

住进医院的次数 当时的年龄 住院原因

Ingresos en hospital ¿Cuántos años tenía? ¿Por qué motivo?

是否患有或曾经患有下列严重疾病? 如果有, 请用标出来。

- SEÑALE CON UN ASPA SI HA TENIDO O TIENE USTED ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES:
- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病
Diabetes | <input type="checkbox"/> 高血压
Hipertensión | <input type="checkbox"/> 癌症
Cáncer | <input type="checkbox"/> 胃溃疡
Úlcera de estómago | <input type="checkbox"/> 久热不退
Fiebres prolongadas |
| <input type="checkbox"/> 高胆固醇
Colesterol | <input type="checkbox"/> 贫血
Anemia | <input type="checkbox"/> 慢性病
Bronquitis crónica | <input type="checkbox"/> 心脏问题
Problemas de corazón | <input type="checkbox"/> 久泄不止
Diarreas prolongadas |
| 传染病:
Enfermedades contagiosas: | <input type="checkbox"/> 肝炎
Hepatitis | <input type="checkbox"/> 艾滋病
SIDA | <input type="checkbox"/> 肺结核
Tuberculosis | <input type="checkbox"/> 其他
Otras |

你的家庭成员中，有没有人患过上述列表中的疾病？（报病名写在你的亲属后面）

¿Hay alguien en la familia que haya tenido alguna de las enfermedades anteriores? (escriba la enfermedad junto al parentesco)

- 父亲: 母亲:
Padre: Madre:
- 兄弟姐妹: 孩子:
Hermanos: Hijos:
- 祖父: 外祖父:
Abuelo paterno: Abuela paterna:
- 祖母: 外祖母:
Abuelo materno: Abuela materna:

社会情况

Historia social

- 你是否有工作? 否 是
¿TRABAJA? No Sí
- 你是否有医疗保险? 否 是 (写上保险公司的名字):
¿TIENE SEGURO MÉDICO? No Sí (escriba el nombre de la empresa aseguradora):
- 你是否与家庭成员之间有矛盾? 否 是 他们是否攻击你? 否 是
¿TIENE PROBLEMAS CON ALGUIEN DE LA FAMILIA? No Sí ¿Le han agredido? No Sí
- 去年你是否到过其他国家? 否 是 (说明去过哪些国家):
¿HA VIAJADO AL / DESDE EL EXTRANJERO EN EL ÚLTIMO AÑO? No Sí (indique el país):

- 是否有过敏症: 否 是:
Alergias: No Sí:
- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 皮肤过敏
Piel | <input type="checkbox"/> 过敏药物
Medicinas | <input type="checkbox"/> 青霉素
Penicilina | <input type="checkbox"/> 碘酒
Yodo |
| <input type="checkbox"/> 哮喘
Asma | <input type="checkbox"/> 其他
Otras | <input type="checkbox"/> 阿司匹林
Aspirina | <input type="checkbox"/> 麻醉
Anestesia |

接种疫苗 (在框内说明最后一次接种疫苗时的年龄):

Vacunas (escriba en el cuadrado a qué edad recibió la última):

- 破伤风 风疹 脊髓灰质炎 肝炎 肺结核 其他
Tétanos Rubéola Poliomiéltis Hepatitis Tuberculosis Otras

- 你现在正在服用药服吗? 否 是 (如果有可能, 请说明药物的有效成分, 这比只写商标名称更好):
¿Toma medicinas? No Sí (escriba, si es posible, los principios activos mejor que el nombre comercial):
- 目前服用的药物:
Actualmente:
- 去年服用的其他药物:
Otras durante el último año:

如果你享用下列物品, 请在上面有关物品上打叉号:

Señale con un aspa si es usted consumidor de:

- 烟草 酒 安眠药物 镇定剂 其他药物
Tabaco Alcohol Somníferos Tranquilizantes Otras drogas

如果你是女性, 请完成下列部分:

Rellene lo siguiente si es usted mujer:

- 最后一次来月经的日期: 月期多少天来一次?
Fecha en que comenzó la última menstruación: ¿Cada cuántos días le viene la regla?:
- 每次持续多少天? 怀孕的次数: 流产的次数:
¿Cuántos días le dura?: Número de embarazos: Número de abortos:
- 是否有怀孕或分娩时的并发症? 否 是
Complicaciones en embarazos o partos: No Sí
- 你是否采取什么方法避孕? 否 是 (把采用的方法标出来): 口服避孕药 注射避孕药
¿Utiliza algún método anticonceptivo? No Sí (señale cuál): Pastillas Inyectables
- 避孕套 绝育 伴侣的输精管切除术
Preservativos Ligadura de trompas Vasectomía
- 隔膜 诱导流产
Dispositivo intrauterino Aborto provocado

(如果你想应用其中的某种方法, 请在选框周围画圈)

(Si desea utilizar alguno, rodee el cuadrado con un círculo)

地点。咨询医生的原因:

LOCALIZACIONES. Motivos de consulta:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 急性传染病
<i>Enfermedad aguda</i> | <input type="checkbox"/> 慢性疾病
<i>Enfermedad crónica</i> | <input type="checkbox"/> 初诊
<i>Primera consulta</i> | <input type="checkbox"/> 我曾经因相同的病来这里就过诊
<i>Enfermedad vista antes en esta consulta</i> |
| <input type="checkbox"/> 工伤
<i>Accidente laboral</i> | <input type="checkbox"/> 其他事故
<i>Accidente no laboral</i> | <input type="checkbox"/> 疼痛
<i>Dolor</i> | 发烧: <input type="checkbox"/> 高烧 <input type="checkbox"/> 低烧
<i>Fiebre: Alta Baja</i> |
| <input type="checkbox"/> 传染病
<i>Infección</i> | <input type="checkbox"/> 排汗
<i>Sudoración</i> | <input type="checkbox"/> 发抖
<i>Temblor</i> | <input type="checkbox"/> 疲劳
<i>Cansancio</i> |
| <input type="checkbox"/> 没食欲
<i>Falta de apetito</i> | <input type="checkbox"/> 感到抑郁
<i>Tristeza</i> | <input type="checkbox"/> 睡眠问题
<i>Trastorno del sueño</i> | <input type="checkbox"/> 减食疗法
<i>Adelgazamiento</i> |
| <input type="checkbox"/> 增加体重
<i>Aumento de peso</i> | <input type="checkbox"/> 瘙痒
<i>Picor</i> | <input type="checkbox"/> 刺痛
<i>Pinchazo</i> | <input type="checkbox"/> 麻木
<i>Falta de sensibilidad</i> |
| <input type="checkbox"/> 感冒
<i>Frío</i> | <input type="checkbox"/> 发热/高烧
<i>Calor / Ardor</i> | <input type="checkbox"/> 皮疹
<i>Erupciones</i> | <input type="checkbox"/> 皮肤病变
<i>Lesiones en la piel</i> |
| <input type="checkbox"/> 避孕
<i>Anticoncepción</i> | <input type="checkbox"/> 检验
<i>Análisis</i> | <input type="checkbox"/> 射线
<i>Radiografía</i> | <input type="checkbox"/> 心理帮助
<i>Ayuda psicológica</i> |
| <input type="checkbox"/> 社会帮助
<i>Ayuda social</i> | <input type="checkbox"/> 性问题
<i>Problema sexual</i> | <input type="checkbox"/> 血压
<i>Tensión arterial</i> | <input type="checkbox"/> 消化问题
<i>Problema digestivo</i> |
| <input type="checkbox"/> 肺有毛病
<i>Problema pulmonar</i> | <input type="checkbox"/> 心脏
<i>Corazón</i> | <input type="checkbox"/> 神经问题
<i>Problema neurológico</i> | <input type="checkbox"/> 筋骨问题
<i>Problema osteomuscular</i> |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病
<i>Diabetes</i> | <input type="checkbox"/> 其他
<i>Otros motivos</i> | | |

填写以下部分, 只填写对你身体的某个部位产生影响的问题。

Sólo si es una enfermedad localizada en alguna parte del cuerpo, rellene lo siguiente:

- | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|--|---|
| 头部:
<i>CABEZA:</i> | <input type="checkbox"/> 头疼
<i>Dolor</i> | <input type="checkbox"/> 头晕
<i>Mareo</i> | <input type="checkbox"/> 眩晕
<i>Vértigo</i> | <input type="checkbox"/> 意识丧失
<i>Pérdida de conocimiento</i> |
| | <input type="checkbox"/> 抽搐
<i>Convulsiones</i> | <input type="checkbox"/> 失眠
<i>Insomnio</i> | <input type="checkbox"/> 嗜睡
<i>Somnolencia</i> | |
| 耳朵:
<i>OÍDOS:</i> | <input type="checkbox"/> 耳聋
<i>Sordera</i> | <input type="checkbox"/> 噪音
<i>Ruidos</i> | <input type="checkbox"/> 疼痛
<i>Dolor</i> | <input type="checkbox"/> 渗出物
<i>Supuración</i> |
| | | | | <input type="checkbox"/> 流血
<i>Sangre</i> |
| 眼睛:
<i>OJOS:</i> | <input type="checkbox"/> 我看不清近处的东西
<i>Veo mal de cerca</i> | <input type="checkbox"/> 我看不清远处的东西
<i>Veo mal de lejos</i> | <input type="checkbox"/> 我看东西有重影
<i>Veo doble</i> | <input type="checkbox"/> 我看见亮光
<i>Veo luces</i> |
| | <input type="checkbox"/> 瘙痒
<i>Picor</i> | <input type="checkbox"/> 感到有沙砾
<i>Sensación de arena</i> | <input type="checkbox"/> 排泄物
<i>Supuración</i> | <input type="checkbox"/> 流泪
<i>Lagrimo</i> |
| 嘴:
<i>BOCA:</i> | <input type="checkbox"/> 白齿酸疼
<i>Dolor de muelas</i> | <input type="checkbox"/> 门牙疼痛
<i>Dolor de dientes</i> | <input type="checkbox"/> 牙齿冒出
<i>Erupción</i> | <input type="checkbox"/> 肿胀
<i>Hinchazón</i> |
| | <input type="checkbox"/> 口渴
<i>Sed</i> | <input type="checkbox"/> 疼痛
<i>Quemazón</i> | <input type="checkbox"/> 呼吸带臭味
<i>Mal aliento</i> | |
| 鼻:
<i>NARIZ:</i> | <input type="checkbox"/> 鼻塞
<i>Obstrucción</i> | <input type="checkbox"/> 黏膜炎
<i>Moqueo</i> | <input type="checkbox"/> 流血
<i>Sangrado</i> | <input type="checkbox"/> 难闻的东西
<i>Alteración del olfato</i> |
| 喉咙/脖子:
<i>GARGANTA / CUELLO:</i> | <input type="checkbox"/> 肿块/腺
<i>Bultos / Ganglios</i> | <input type="checkbox"/> 甲状腺肿
<i>Bocio</i> | <input type="checkbox"/> 声音发哑
<i>Afonía</i> | <input type="checkbox"/> 嗓音紊乱
<i>Alteración de la voz</i> |
| | 吞咽困难:
<i>Molestias al tragar:</i> | <input type="checkbox"/> 总是
<i>Siempre</i> | <input type="checkbox"/> 只在吃固体食物时
<i>Sólo con sólidos</i> | |
| 肺脏:
<i>PULMONES:</i> | 咳嗽:
<i>Tos:</i> | <input type="checkbox"/> 重咳
<i>Por irritación</i> | <input type="checkbox"/> 干咳
<i>Sin moco</i> | <input type="checkbox"/> 咳嗽伴有痰
<i>Con moco</i> |
| | 痰:
<i>Expectoración:</i> | <input type="checkbox"/> 浅色
<i>Color claro</i> | <input type="checkbox"/> 深色
<i>Color oscuro</i> | <input type="checkbox"/> 带血
<i>Con sangre</i> |
| | 憋气:
<i>Falta de aire:</i> | <input type="checkbox"/> 在夜间
<i>Nocturna</i> | <input type="checkbox"/> 当躺下时
<i>Acostado</i> | <input type="checkbox"/> 锻炼时
<i>Con ejercicio</i> |
| | 疼痛:
<i>Dolor:</i> | <input type="checkbox"/> 当我呼吸时
<i>Con la respiración</i> | <input type="checkbox"/> 当我活动时
<i>Con el movimiento</i> | <input type="checkbox"/> 始终
<i>Continua</i> |
| | <input type="checkbox"/> 喘息
<i>Silbidos</i> | <input type="checkbox"/> 呼吸时有噪音
<i>Ruidos al respirar</i> | | <input type="checkbox"/> 当我咳嗽时
<i>Con la tos</i> |

心脏: 心跳: 心跳加快: 总是 有时 用力时 在夜间
 CORAZÓN: Latidos: Late deprisa: Siempre A ratos Con el esfuerzo De noche
 心跳减缓 心悸 心房收缩前兆 有时听到心脏卜卜跳, 有时又听不到心跳
 Late despacio Palpitaciones Falta de vida
 疼痛: 用力时 休息时 牵连到手臂
 Dolor: Con el esfuerzo En reposo Se extiende al brazo

腹部: 具体部位:
 ABDOMEN: ¿Dónde?

疼痛/剧痛: 始终 间歇地 吃饭后更严重 吃饭后好转
 Dolor / Ardor: Continuo Intermitente Empeora al comer Se alivia al comer
 恶心/呕吐: 膳食 血液 像咖啡渣
 Nauseas / Vómitos: Alimentos Sangre Posos como de café
 粪便: 便秘 腹泻 带有粘液 带有血 带有蠕虫
 Heces: Estreñimiento Diarrea Con moco Con sangre Con gusanos
 颜色: 正常 白色 黑色
 Color: Normal Blancas Negras

膀胱: 小便时疼痛 我尿频: 在白天 在夜间
 VEJIGA: Dolor al orinar Orino muchas veces: Durante el día Por la noche
 尿中带血 我遗尿: 任何时候 用力时
 Orino sangre Se me escapa la orina: Sin querer Con el esfuerzo
 小便深色黄赤 小便无力 我尿少
 Orino muy oscuro Orino con menos fuerza de chorro Orino poco

生殖器: 男人: 排尿异常 有分泌物 损伤 刺痛
 GENITALES: Hombres: Alteraciones en orina Secreción Lesión Irritación
 阴茎疾病: 我不射精 我不能勃起 我的勃起无力
 Alteraciones en el pene: No eyaculo No tengo erección Se me desvía
 勃起异常: 我感觉疼痛 我射精过早
 Trastornos de la erección: Tengo dolor Suelto el semen muy pronto

女人: 排尿异常
 Mujeres: Alteraciones en orina

分泌物: 正常 异常: 颜色 尿量 外阴瘙痒
 Flujo: Normal Alterado: Color Cantidad Picor en la vulva
 月经: 最后一次月经: 第一次来月经时的年龄:
 Regla: Fecha de la última regla: Edad de la primera regla:

正常 异常: 月经推迟 月经提前 两次月经中间出血
 Normal Tengo alteraciones: Retraso Adelanto Sangrado a mitad de la regla
 痛经 我月经时出血过多 我月经时出血过少
 Dolor en la regla Sangro más de lo normal Sangro menos de lo normal
 经期只持续几天。持续多少天? 经期持续多日。持续多少天?
 Me dura pocos días. ¿Cuántos?: Me dura muchos días. ¿Cuántos?:

性生活: 我没有获得快感 性交疼痛
 Sexualidad: No tengo orgasmo Dolor en el coito
 性欲很少 我被强奸过
 Poco apetito sexual Me han violado

更年期: 更年期开始时你的年龄多大?
 Menopausia: Edad a la que apareció:
 我有下列症状: 出汗 阴道瘙痒 我的骨头有毛病
 Tengo síntomas: Sudores Picor vaginal Problemas en los huesos
 血斑 感到窒息
 Mancho de sangre Sofocos

腿: 静脉曲张 踝部肿胀 走一小段路就腿疼
 PIERNAS: Varices Hinchazón de tobillos Dolor después de caminar un rato
 感觉沉重 抽筋 麻木
 Pesadez Calambres Pierdo sensibilidad