

Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma / **Clinic interview sheet for foreigners with language problems** (inglés)

NOMBRE / NAME _____

PAÍS DE ORIGEN / COUNTRY OF ORIGIN _____

EDAD _____ Años / AGE _____ YEARS

FECHA / DATE _____

**ANTECEDENTES
BACKGROUND**

1 ¿Cuánto tiempo lleva en España?

1 For how long have you been living in Spain?

1.1 Menos de 6 meses

1.1 For less than 6 months

1.2 Menos de 1 año

1.2 For less than 1 year

1.3 Más de 1 año

1.3 For more than 1 year

1.4 Más de 3 años

1.4 For more than 3 years

2 ¿Cuándo estuvo en su país por última vez?

2 When were you in your country for the last time?

2.1 Menos de 6 meses

2.1 Less than 6 months ago

2.2 Menos de 1 año

2.2 Less than 1 year ago

2.3 Más de 1 año

2.3 More than 1 year ago

2.4 Más de 3 años

2.4 More than three years ago

3 ¿En qué trabaja?

3 Where do you work?

3.1 Agricultura

3.1 Agriculture

3.2 Invernadero

3.2 Greenhouse

3.3 Construcción

3.3 Construction

3.4 Otro

3.4 Other

4 ¿Con quien vive?

4 Who do you live with?

4.1 Solo

4.1 Alone by yourself

4.2 Con familia

4.2 With your family

4.3 Con compañeros

4.3 With mates

5 ¿Es usted diabético? SI NO

5 Are you diabetic? YES NO

6 ¿Es usted hipertenso? SI NO

6 Do you suffer from high blood pressure? YES NO

7 ¿Ha tenido o tiene problemas en los pulmones?
SI NO

7 Do you have or have had problems with your lungs? YES NO

8 ¿Ha tenido o tiene problemas de corazón?
SI NO

8 Do you have or have had heart diseases? YES NO

9 ¿Ha tenido o tiene problemas de riñón?
SI NO

9 Do you have or have had kidney problems? YES NO

10 ¿Ha tenido o tiene problemas de estómago?
SI NO

10 Do you have or have had stomach problems? YES NO

11 ¿Ha sido diagnosticado previamente de alguna otra enfermedad? SI NO ¿Cuál?

11 Have you previously received a diagnosis of any other illness? YES NO Which one?

12 ¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento? SI NO

12 Are you allergic to any medicine or food? YES NO

13 ¿A cuáles?

13 Which one?

14 ¿Esta tomando ahora algún medicamento?
SI NO

14 Are you currently taking any medicine? YES NO

15 ¿Cuáles?

15 Which one?



Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma / **Clinic interview sheet for foreigners with language problems** (inglés)

16 ¿Fuma usted? SI NO
16 Do you smoke? YES NO

17 N° de cigarrillos / día
17 N° of cigarettes / day

18 ¿Es bebedor? SI NO
18 Do you drink? YES NO

19 ¿Toma alguna otra droga?
19 Do you take other drugs?

20 ¿Cuál?
20 Which one?

21 ¿Ha estado ingresado alguna vez en un hospital? SI NO
21 Have you ever been admitted to hospital? YES NO

22 ¿Ha sido intervenido alguna vez quirúrgicamente? SI NO
22 Have you ever undergone any surgical procedure? YES NO

23 ¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre? SI NO
23 Have you ever received a blood transfusion? YES NO

24 ¿Tiene puesta alguna vacuna? SI NO
24 Have you recently been vaccinated? YES NO

En caso afirmativo aporte la documentación que lo acredite
If the answer is yes, please submit the relevant documentation

MUJER
WOMAN

25 ¿Está usted embarazada? SI NO
25 Are you pregnant? YES NO

26 ¿Está dando el pecho? SI NO
26 Are you breast-feeding? YES NO

27 ¿Utiliza algún método anticonceptivo? SI NO
27 Are you using any contraceptive method? YES NO

28 ¿Cuál?
28 Which one?

29 ¿Cuándo tuvo la última menstruación?
29 When did you have your last menstruation?

ANAMNESIS
ANAMNESIS
DOLOR EN GENERAL
GENERAL PAIN

30 Señálese dónde le duele
30 Point the area that hurts

31 Señálese si el dolor le va hacia otra parte
31 Point the area where the pain goes to

32 ¿Cuánto tiempo hace que tiene dolor?
32 For how long have you been suffering from this pain?

33 Desde hace ____ horas ____ días ____ semanas ____ meses
33 For ____ hours ____ days ____ weeks ____ months

34 ¿El dolor ha aparecido de pronto? SI NO
34 Did the pain appear suddenly? YES NO

35 ¿El dolor ha aparecido poco a poco? SI NO
35 Has the pain appeared bit by bit? YES NO

36 ¿Ha tenido otras veces el mismo dolor? SI NO
36 Have you ever had the same pain before? YES NO

DOLOR DE CABEZA PERSISTENTE
PERSISTENT HEADACHE

37 ¿El dolor le dura todo el día? SI NO
37 Does the pain last the whole day? YES NO

38 ¿Le calma el dolor con analgésicos? SI NO
38 Does the pain decrease with painkillers? YES NO



Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma / **Clinic interview sheet for foreigners with language problems** (inglés)

39 ¿Le despierta el dolor por la noche?
SI NO

39 Does the pain awake you during the night? YES NO

40 ¿Vomita con el dolor? SI NO

40 Do you vomit because of the pain? YES NO

41 ¿Tiene fiebre? SI NO

41 Do you have fever? YES NO

**DOLOR DE HUESOS Y ARTICULACIONES
BONE AND JOINT PAIN**

42 ¿Mejora el dolor con el reposo? SI NO

42 Does the pain decrease at rest? YES NO

43 ¿Duele más cuando se mueve? SI NO

43 Does it hurt you more when you move? YES NO

44 ¿Ha tenido algún golpe en el lugar donde le duele? SI NO

44 Have you had any blow where it hurts you? YES NO

45 ¿Le dura el dolor todo el día? SI NO

45 Does the pain last the whole day? YES NO

46 ¿Ha tenido fiebre? SI NO

46 Have you had fever? YES NO

**DOLOR DE PECHO
CHEST ACHE**

47 ¿Cuando apareció el dolor estaba en reposo?
SI NO

47 When the pain appeared, were you at rest? YES NO

48 ¿o haciendo algún esfuerzo? SI NO

48 or were you making an effort? YES NO

49 ¿Aumenta el dolor al toser / respirar / moverse?
SI NO

49 Does the pain increase when you cough / breathe / move? YES NO

50 ¿Le disminuye el dolor de alguna manera?
SI NO

50 Does the pain decrease anyhow? YES NO

51 ¿Cuando le da el dolor tiene vómitos o sudor frío? SI NO

51 When the pain appears, do you vomit or have cold sweat? YES NO

**DOLOR ABDOMINAL
BELLY ACHE**

52 ¿Hay algo que le aumente el dolor?
SI NO

52 Is there anything that increases the pain? YES NO

53 ¿El dolor aumenta o disminuye con las comidas?

53 Does the pain increase or decrease with meals?

Aumenta____ Disminuye____

Increases____ Decreases____

54 ¿Tiene también vómitos? SI NO

54 Do you vomit? YES NO

55 ¿diarrea? SI NO

55 Do you have diarrhea? YES NO

56 ¿estreñimiento? SI NO

56 constipation? YES NO

57 ¿Sangre en heces? SI NO

57 blood in faeces? YES NO

**TOS
COUGH**

58 ¿fiebre? SI NO

58 fever? YES NO

59 ¿Cuánto tiempo lleva con la tos?

59 How long have you been coughing?

____ días ____semanas ____meses

____ days ____ weeks ____months

60 ¿Cuando tose más?

60 When do you cough more frequently?

Por la mañana____ noche____ todo el día____

During the morning____ at nights____

during the whole day____

61 ¿Cuando tose, expulsa mocos? SI NO

61 When you cough, do you throw out mucus? YES NO



Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma / **Clinic interview sheet for foreigners with language problems** (inglés)

62 ¿Espesos? SI NO
62 Thick? YES NO

63 ¿Con sangre? SI NO
63 Bloody? YES NO

UROGENITAL
UROGENITAL

64 ¿Le quema al orinar? SI NO
64 Does it burn you when urinating?
YES NO

65 ¿Orina muchas veces? SI NO
65 Do you urinate often? YES NO

66 Color: ___claro ___oscuro ___sangre
66. Colour: ___light ___dark ___bloody

67 ¿Le pican los genitales? SI NO
67 Do you feel an itching in your genitals?
YES NO

68 ¿Le duelen los genitales? Pene, uretra, labios, vagina SI NO
68 Do you have pain in the genitals? Penis, urethra, lips, vagina YES NO

69 ¿Le sale algún líquido por los genitales? SI NO
69 Does any fluid comes out from your genitals? YES NO

OBSTETRICIA
OBSTETRICALS

70 ¿Tiene hijos? SI NO
70 Do you have children? YES NO

Cuantos _____
How many _____

71 ¿Ha abortado alguna vez? SI NO
71 Have you ever aborted? YES NO

72 Número de abortos _____
72 Number of abortions _____

73 ¿Está sangrando? SI NO
73 Are you bleeding? YES NO

74 ¿Desde cuándo? _____
74 Since when? _____

GENERAL
GENERAL

75 ¿Está mareado? SI NO
75 Do you feel sick? YES NO

76 ¿Ha perdido el conocimiento? SI NO
76 Have you fainted? YES NO

77 ¿Ve bien? SI NO
77 Do you see well? YES NO

78 ¿Oye bien? SI NO
78 Do you hear well? YES NO

79 ¿Tiene apetito? SI NO
79 Do you have appetite? YES NO

80 ¿Se encuentra demasiado cansado? SI NO
80 Do you feel extremely tired? YES NO

81 ¿Duerme bien? SI NO
81 Do you sleep well? YES NO

82 ¿Tiene ganas de llorar? SI NO
82 Do you feel like crying? YES NO

INDICACIONES
INDICATIONS

83 Le vamos a hacer un análisis de orina
83 We are going to submit you to an urine test

84 Le vamos a hacer un análisis de sangre
84 We are going to submit you to a blood test

85 Le vamos a hacer una radiografía
85. O să vă facem o radiografie

86 Le vamos a hacer un electrocardiograma
86. O să vă facem o electrocardiogramă

87 Le vamos a poner una inyección
87 Le vamos a poner una inyección

88 Tiene que ir al hospital
88 You have to go to hospital

89 Tiene que ir a admisión
89 You have to go to admission

90 Tiene que ir a enfermería
90 You have to go to the infirmary

91 Tiene que ir a la trabajadora social
91 You have to address to the social worker

