Hoja de entrevista clinica para extranjeros con problemas de idioma / БЛАНКА ЗА АНАМНЕЗА НА ЧУЖДЕНЦИ СЪС ЗАТРУДНЕНИЯ В ЕЗИКА (búlgaro)

NOMBRE / ИМЕ, ПРЕЗИМЕ, ФАМИЛИЯ _____

PAÍS DE ORIGEN / ДЪРЖАВА – ГРАЖДАНСТВО _____

EDAD_____ Años / ВЪЗРАСТ_____Навършени години

FECHA / ДАТА _____

ANTECEDENTES
ПРЕДКЛИНИЧНА ИСТОРИЯ

1 ¿Cuánto tiempo lleva en España?
1 Колко време пребивавате в Испания?

1.1 Menos de 6 meses
1.1 По-малко от 6 месеца
1.2 Menos de 1 año
1.2 По-малко от 1 година
1.3 Más de 1 año
1.3 Повече от 1 година
1.4 Más de 3 años
1.4 Повече от 3 години

2 ¿Cuándo estuvo en su país por última vez?
2 Кога сте бил/а в своята родина за последен път?

2.1 Menos de 6 meses
2.1 Преди по-малко от 6 месеца
2.2 Menos de 1 año
2.2 Преди по-малко от 1 година
2.3 Más de 1 año
2.3 Преди повече от 1 година
2.4 Más de 3 años
2.4 Преди повече от 3 години

3 ¿En qué trabaja?
3. Къде работите?

3.1 Agricultura
3.1. Селско стопанство
3.2 Invernadero
3.2 Оранжерии
3.3 Construcción
3.3. Строителство
3.4 Otro
3.4 Друго

4 ¿Con quien vive?
4. С кого живеете?

4.1 Solo
4.1 Сам/а
4.2 Con familia
4.2 Със семейството
4.3 Con compañeros
4.3 С приятели

5 ¿Es usted diabético? SI NO
5 Диабетик ли сте? ДА НЕ

6 ¿Es usted hipertenso? SI NO
6 Имате ли високо кръвно налягане? ДА НЕ

7 ¿Ha tenido o tiene problemas en los pulmones? SI NO
7Имали ли сте или имате ли проблеми с белите дробове? ДА НЕ

8 ¿Ha tenido o tiene problemas de corazón? SI NO
8 Имали ли сте или имате ли проблеми със сърцето? ДА НЕ

9 ¿Ha tenido o tiene problemas de riñón? SI NO
9 Имали ли сте или имате ли проблеми с бъбреците? ДА НЕ

10 ¿Ha tenido o tiene problemas de estomago? SI NO
10 Имали ли сте или имате ли проблеми със стомаха? ДА НЕ

11 ¿Ha sido diagnosticado previamente de alguna otra enfermedad? SI NO ¿Cuál?
11 Поставяна ли Ви е преди диагноза за друго заболяване? ДА НЕ Кое?

12 ¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento? SI NO
12 Алергичен/а ли сте към някое лекарство или храна? ДА НЕ

13 ¿A cuáles?
13 Към кои?

14 ¿Esta tomando ahora algún medicamento? SI NO
14 Приемате ли някакво лекарство? ДА НЕ

15 ¿Cuáles?
15 Кои?

16 ¿Fuma usted? SI NO
16 Пушите ли? ДА НЕ

17 Nº de cigarrillos / día
17 Nº цигари дневно

18 ¿Es bebedor? SI NO
18 Пиете ли алкохол? ДА НЕ

19 ¿Toma alguna otra droga?
19 Приемате ли нещо друго?

20 ¿Cuál?
20 Какво?

21 ¿Ha estado ingresado alguna vez en un hospital? SI NO
21 Били ли сте настанен/а в болница досега? ДА НЕ

22 ¿Ha sido intervenido alguna vez quirúrgicamente? SI NO
22 Правили ли за Ви досега някаква хирургична операция? ДА НЕ

23 ¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre? SI NO
23 Правили ли са Ви някога кръвопреливане? ДА НЕ

24 ¿Tiene puesta alguna vacuna? SI NO
24 Поставена ли Ви е някаква ваксина? ДА НЕ

En caso afirmativo aporte la documentación que lo acredite
Ако е така, приложете документацията,която го доказва

MUJER
ЖЕНА

25 ¿Está usted embarazada? SI NO
25 Бременна ли сте? ДА НЕ

26 ¿Está dando el pecho? SI NO
26 Кърмите ли? ДА НЕ

27 ¿Utiliza algún método anticonceptivo? SI NO
27 Ползвате ли някакво противозачатъчно средство? ДА НЕ

28 ¿Cuál?
28 Кое?

29 ¿Cuándo tuvo la última menstruación?
_____
29 Кога е била последната менструация?_ _____

ANAMNESIS
АНАМНЕЗА
DOLOR EN GENERAL
БОЛКА – ОБОБЩЕНО

30 Señálese dónde le duele
30 Покажете къде Ви боли

31 Señálese si el dolor le va hacia otra parte
31 Покажете дали болката отива нанякъде

32 ¿Cuánto tiempo hace que tiene dolor?
32 От колко време Ви боли?

33 Desde hace _____horas _____días _____ semanas _____meses
33 От _____часа _____дни _____седмици _____месеци

34 ¿El dolor ha aparecido de pronto? SI NO
34 Болката внезапно ли се появи? ДА НЕ

35 ¿El dolor ha aparecido poco a poco? SI NO
35 Болката постепенно ли се появи? ДА НЕ

36 ¿Ha tenido otras veces el mismo dolor? SI NO
36 Имали ли сте и друг път същата болка? ДА НЕ

DOLOR DE CABEZA PERSISTENTE
ПОСТОЯННО ГЛАВОБОЛИЕ

37 ¿El dolor le dura todo el día? SI NO
37 Болката продължава ли през целия ден? ДА НЕ

38 ¿Le calma el dolor con analgésicos? SI NO
38 Успокоява ли се болката от обезболяващи лекарства? ДА НЕ

39 ¿Le despierta el dolor por la noche? SI NO
39 Събуждате ли се от болка нощем? ДА НЕ

40 ¿Vomita con el dolor? SI NO
40 Повръщате ли, когато Ви боли?
ДА НЕ

41 ¿Tiene fiebre? SI NO
41 Имате ли повишена температура?
ДА НЕ

DOLOR DE HUESOS Y ARTICULACIONES
БОЛКА НА КОСТИТЕ И СТАВИТЕ

42 ¿Mejora el dolor con el reposo? SI NO
42 Намалява ли болката при покой?
ДА НЕ

43 ¿Duele más cuando se mueve? SI NO
43 Боли ли повече при движение?
ДА НЕ

44 ¿Ha tenido algún golpe en el lugar donde le duele? SI NO
44 Удряли ли сте се на мястото, където Ви боли? ДА НЕ

45 ¿Le dura el dolor todo el día? SI NO
45 Продължава ли болката през целия ден? ДА НЕ

46 ¿Ha tenido fiebre? SI NO
46 Имали ли сте температура? ДА НЕ

DOLOR DE PECHO
ГРЪДНА БОЛКА

47 ¿Cuando apareció el dolor estaba en reposo? SI NO
47 Когато болката се появи в покой ли се намирахте? ДА НЕ

48 ¿o haciendo algún esfuerzo? SI NO
48 или правехте някакво физическо усилие? ДА НЕ

49 ¿Aumenta el dolor al toser / respirar / moverse? SI NO
49 Увеличава ли се болката при кашлица/ дишане/движение? ДА НЕ

50 ¿Le disminuye el dolor de alguna manera? SI NO
50 Намалява ли болката по някакъв начин? ДА НЕ

51 ¿Cuando le da el dolor tiene vómitos o sudor frío? SI NO
51 Когато Ви боли има ли и повръщане и студено изпотяване? ДА НЕ

DOLOR ABDOMINAL
КОРЕМНА БОЛКА

52 ¿Hay algo que le aumente el dolor? SI NO
52 Има ли нещо, което да увеличава болката? ДА НЕ

53 ¿El dolor aumenta o disminuye con las comidas?
53 Болката се увеличава или намалява след хранене?

Aumenta____ Disminuye____
Увеличава____ Намалява____

54 ¿Tiene también vómitos? SI NO
54 Имате ли и повръщане? ДА НЕ

55 ¿diarrea? SI NO
55 диария? ДА НЕ

56 ¿estreñimiento? SI NO
56 запек? ДА НЕ

57 ¿Sangre en heces? SI NO
57 Кръв в изпражненията? ДА НЕ

TOS
КАШЛИЦА

58 ¿fiebre? SI NO
58 температура? ДА НЕ

59 ¿Cuánto tiempo lleva con la tos?
59 Откога имате кашлица?

____ Días ____ semanas ____meses
____ Дни ____седмици ____месеци

60 ¿Cuando tose más?
60 Кога кашляте повече?

Por la mañana ___noche ___todo el día ___
Сутрин ____вечер ____през целия ден ___

61 ¿Cuando tose, expulsa mocos? SI NO
61 Когато кашляте, имате ли храчки?
ДА НЕ

62 ¿Espesos? SI NO
62 Гъсти? ДА НЕ

63 ¿Con sangre? SI NO
63 С кръв? ДА НЕ

UROGENITAL
ПИКОЧО-ПОЛОВА СИСТЕМА

64 ¿Le quema al orinar? SI NO
64 Пари ли при уриниране? ДА НЕ

65 ¿Orina muchas veces? SI NO
65 Уринирате ли често? ДА НЕ

66 Color: ___claro ___oscuro ___sangre
66 Цвят ___бистро ___тъмно ___кръв

67 ¿Le pican los genitales? SI NO
67 Сърбят ли Ви гениталиите? ДА НЕ

68 ¿Le duelen los genitales? Pene, uretra, labios, vagina SI NO
68 Болят ли Ви гениталиите? Пенис, уретра, срамни устни, влагалище ДА НЕ

69 ¿Le sale algún líquido por los genitales? SI NO
69 Имате ли течение от гениталиите? ДА НЕ

OBSTETRICIA
АКУШЕРСТВО

70 ¿Tiene hijos? SI NO
70 Имате ли деца? ДА НЕ

Cuantos _____
Колко _____

71 ¿Ha abortado alguna vez? SI NO
71 Абортирали ли сте някога? ДА НЕ

72 Número de abortos _____
72 Брой аборти _____

73 ¿Está sangrando? SI NO
73 Кървите ли? ДА НЕ

74 ¿Desde cuándo? _____
74От кога? _____

GENERAL
ОБЩО

75 ¿Está mareado? SI NO
75 Замаяни ли сте? ДА НЕ

76 ¿Ha perdido el conocimiento? SI NO
76 Губили ли сте съзнание? ДА НЕ

77 ¿Ve bien? SI NO
77 Виждате ли добре? ДА НЕ

78 ¿Oye bien? SI NO
78 Чувате ли добре? ДА НЕ

79 ¿Tiene apetito? SI NO
79 Имате ли апетит? ДА НЕ

80 ¿Se encuentra demasiado cansado? SI NO
80 Чувствате ли се много изморен? ДА НЕ

81 ¿Duerme bien? SI NO
81 Спите ли добре? ДА НЕ

82 ¿Tiene ganas de llorar? SI NO
82 Плаче ли Ви се? ДА НЕ

INDICACIONES
ИНДИКАЦИИ

83 Le vamos a hacer un análisis de orina
83 Ще направим изследване на урина

84 Le vamos a hacer un análisis de sangre
84 Ще направим изследване на кръвта

85 Le vamos a hacer una radiografía
85 Ще направим рентгенова снимка

86 Le vamos a hacer un electrocardiograma
86 Ще направим електрокардиограма

87 Le vamos a poner una inyección
87 Ще направим една инжекция

88 Tiene que ir al hospital
88 Трябва да отидете в болницата

89 Tiene que ir a admisión
89 Трябва да отидете в приемно отделение

90 Tiene que ir a enfermería
90 Трябва да отидете при медицинските сестри

91 Tiene que ir a la trabajadora social
91 Трябва да отидете при социалната работничка.