

Veuillez remplir ce formulaire avant de rentrer dans le cabinet du médecin et :
 Por favor, rellene este impreso antes de entrar en la consulta del médico y entréguelo:

☐ Me le donner
 A mí

☐ Le donner au médecin
 Al médico

Prénom et Nom (en caractères latins) :

Nombre y apellidos (en letras latinas):

Date de naissance (calendrier chrétien) : Jour : Mois : Année :

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

Adresse : Téléphone :

Domicilio: Teléfono:

Nationalité : Pays de provenance :

Nacionalidad: País de donde proviene:

Depuis combien de temps êtes-vous en Espagne : ☐ Moins d'un an ☐ Plus d'un an (indiquez le nombre d'années) :

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

Symptôme qui a motivé la consultation

Síntoma que motivó la consulta

OÙ EST-IL LOCALISÉ ? Indiquez l'endroit sur la figure à l'aide d'une flèche

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

QUAND A-T-IL COMMENCÉ ? Moins de : ☐ Une heure ☐ Un jour ☐ Une semaine ☐ Un mois ☐ Un an

Menos de: Una hora Un día Una semana Un mes Un año

¿CUÁNDO EMPEZÓ? Début : ☐ Soudain ☐ Progressif

Inicio: Súbito Gradual

FRÉQUENCE : Cela vous est-il déjà arrivé ? ☐ Non ☐ Oui

PERIODICIDAD: ¿Le ha ocurrido más veces? No Sí

PROGRESSION : ☐ Il augmente avec le temps ☐ Il reste pareil ☐ Ça va et ça vient

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

VOUS L'ASSOCIEZ A QUELQUE CHOSE ? ☐ Non ☐ Oui (si oui, marquez d'une croix ci-après) :

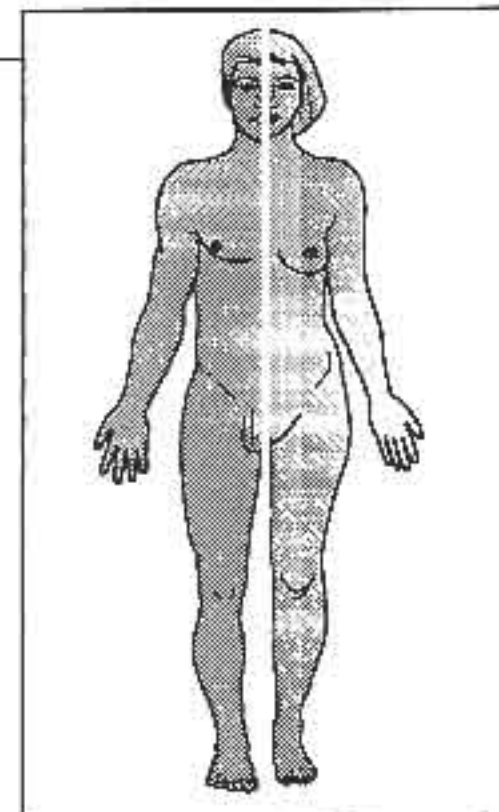
¿LO ASOCIA A ALGO? No Sí (en caso afirmativo marque con un aspa a continuación):

☐ Repas ☐ Mouvements ☐ Exercice ☐ Nuit ☐ Jour ☐ Émotions ☐ Autre

Comidas Movimientos Ejercicio Noche Día Emociones Otro

CELA S'AGGRAVE-T-IL AVEC QUELQUE CHOSE ? ☐ Non ☐ Oui (marquez d'un cercle les options précédentes)

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



Maladies précédentes

Enfermedades previas

OPÉRATIONS. Quel âge aviez-vous (Écrivez dans la case à côté de la maladie l'âge que vous aviez) :

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

☐ Cataractes Cataratas	☐ Yeux Vista	☐ Sinusite Sinusitis	☐ Amygdales Amígdalas	☐ Goitre Bocio
☐ Kystes Quistes	☐ Poumon Pulmón	☐ Cœur Corazón	☐ Estomac Estómago	☐ Intestin Intestino
☐ Organes sexuels Órganos sexuales	☐ Vésicule biliaire Vesícula biliar	☐ Hémorroïdes Hemorroides	☐ Césarienne Cesárea	☐ Cancer Cáncer
Hystérectomie (ablation) : Histerectomía (vaciamiento):	☐ De l'utérus De matriz	☐ Des ovaires De ovario		
☐ Bras Brazo	☐ Jambe Pierna	☐ Varices Varices	☐ Autre Otras	

ÉCRIREZ LE NUMÉRO DANS LA CASE :

ESCRIBA EL NÚMERO DENTRO DEL CUADRADO:

Hospitalisations ☐ Quel âge aviez-vous ? ☐ Pour quelle raison ?

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

INDIQUEZ AVEC UN 'X' SI VOUS AVEZ EU OU SI VOUS AVEZ L'UNE DES MALADIES SUIVANTES :

SEÑALE CON UN ASPA SI HA TENIDO O TIENE USTED ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES:

☐ Diabète Diabetes	☐ Hypertension Hipertensión	☐ Cancer Cáncer	☐ Ulcère de l'estomac Úlcera de estómago	☐ Fièvres prolongées Fiebres prolongadas
☐ Cholestérol Colesterol	☐ Anémie Anemia	☐ Bronchite chronique Bronquitis crónica	☐ Problèmes au cœur Problemas de corazón	☐ Diarrhées prolongées Diarreas prolongadas
Maladies contagieuses Enfermedades contagiosas:	☐ Hépatite Hepatitis	☐ SIDA SIDA	☐ Tuberculose Tuberculosis	☐ Autre Otras

Un membre de votre famille a-t-il eu l'une des maladies précédentes ? (Écrivez la maladie à côté de la parenté)
 ¿Hay alguien en la familia que haya tenido alguna de las enfermedades anteriores? (escriba la enfermedad junto al parentesco)

- ☐ Père :
Padre:
- ☐ Frères et sœurs :
Hermanos:
- ☐ Grand-père paternel :
Abuelo paterno:
- ☐ Grand-père maternel :
Abuelo materno:

- ☐ Mère :
Madre:
- ☐ Enfants :
Hijos:
- ☐ Grand-mère paternelle :
Abuela paterna:
- ☐ Grand-mère maternelle :
Abuela materna:

Historique social

Historia social

- TRAVAILLEZ-VOUS ? ☐ Non ☐ Oui
 ¿TRABAJA? *No Sí*
- AVEZ-VOUS UNE ASSURANCE MÉDICALE ? ☐ Non ☐ Oui (écrivez le nom de la compagnie d'assurance) :
 ¿TIENE SEGURO MÉDICO? *No Sí (escriba el nombre de la empresa aseguradora):*
- AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES AVEC QUELQU'UN DE VOTRE FAMILLE ? ☐ Non ☐ Oui Quelqu'un vous a-t-il agressé ? ☐ Non ☐ Oui
 ¿TIENE PROBLEMAS CON ALGUIEN DE LA FAMILIA? *No Sí ¿Le han agredido? No Sí*
- AVEZ-VOUS VOYAGÉ À / DEPUIS L'ÉTRANGER AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE ? ☐ Non ☐ Oui (indiquez le pays) :
 ¿HA VIAJADO AL / DESDE EL EXTRANJERO EN EL ÚLTIMO AÑO? *No Sí (indique el país):*

- Allergies :** ☐ Non ☐ Oui :
Alergias: *No Sí:*
- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☐ Peau
<i>Piel</i> | ☐ Médicaments
<i>Medicinas</i> | ☐ Pénicilline
<i>Penicilina</i> | ☐ Iode
<i>Yodo</i> |
| ☐ Asthme
<i>Asma</i> | ☐ Autre
<i>Otras</i> | ☐ Aspirine
<i>Aspirina</i> | ☐ Anesthésie
<i>Anestesia</i> |

Vaccins (écrivez dans la case l'âge auquel vous avez reçu le dernier vaccin) :

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

- | | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| ☐ Tétanos
<i>Tétanos</i> | ☐ Rubéole
<i>Rubéola</i> | ☐ Poliomyélite
<i>Poliomielitis</i> | ☐ Hépatite
<i>Hepatitis</i> | ☐ Tuberculose
<i>Tuberculosis</i> | ☐ Autre
<i>Otras</i> |
|--|--|---|---|---|--|

Prenez-vous des médicaments ? ☐ Non ☐ Oui (écrivez, si possible, les principes actifs plutôt que le nom commercial) :
 ¿Toma medicinas? *No Sí (escriba, si es posible, los principios activos mejor que el nombre comercial):*

Actuellement :
Actualmente:

Autres pendant l'année :
Otras durante el último año:

Indiquez avec un 'x' si vous êtes un consommateur de :

Señale con un aspa si es usted consumidor de:

- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| ☐ Tabac
<i>Tabaco</i> | ☐ Alcool
<i>Alcohol</i> | ☐ Somnifères
<i>Somníferos</i> | ☐ Tranquillisants
<i>Tranquilizantes</i> | ☐ Autres drogues
<i>Otras drogas</i> |
|---|---|--|--|--|

À remplir si vous êtes une femme :

Rellene lo siguiente si es usted mujer:

Date à laquelle est venue votre dernière menstruation : Tous les combien avez-vous vos règles ? :
Fecha en que comenzó la última menstruación: ¿Cada cuántos días le viene la regla?:

Combien de jours durent-elles ? : Nombre de grossesses : Nombre de fausses couches ou d'IVG :
¿Cuántos días le dura?: Número de embarazos: Número de abortos:

Complications au cours des grossesses ou des accouchements : ☐ Non ☐ Oui
Complicaciones en embarazos o partos: No Sí

- Utilisez-vous des méthodes contraceptives ? ☐ Non ☐ Oui (indiquez lequel) : ☐ Pilule ☐ Injectables
 ¿Utiliza algún método anticonceptivo? *No Sí (señale cuál): Pastillas Inyectables*
- ☐ Préservatifs ☐ Ligature des trompes ☐ Vasectomie
Preservativos Ligadura de trompas Vasectomía
- ☐ Stérilet ☐ IVG
Dispositivo intrauterino Aborto provocado

(Si vous souhaitez en utiliser un, entourez la case d'un cercle)

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

LOCALISATION. MOTIFS DE LA CONSULTATION :**LOCALIZACIONES. Motivos de consulta:**

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Maladie aiguë
<i>Enfermedad aguda</i> | ☐ Maladie chronique
<i>Enfermedad crónica</i> | ☐ Première consultation
<i>Primera consulta</i> | ☐ Maladie déjà examinée dans ce cabinet
<i>Enfermedad vista antes en esta consulta</i> |
| ☐ Accident du travail
<i>Accidente laboral</i> | ☐ Accident ordinaire
<i>Accidente no laboral</i> | ☐ Douleur
<i>Dolor</i> | Fièvre : ☐ Forte ☐ Légère
<i>Fiebre: Alta Baja</i> |
| ☐ Infection
<i>Infección</i> | ☐ Transpiration
<i>Sudoración</i> | ☐ Tremblement
<i>Temblor</i> | ☐ Fatigue
<i>Cansancio</i> |
| ☐ Manque d'appétit
<i>Falta de apetito</i> | ☐ Tristesse
<i>Tristeza</i> | ☐ Troubles du sommeil
<i>Trastorno del sueño</i> | ☐ Amaigrissement
<i>Adelgazamiento</i> |
| ☐ Augmentation de poids
<i>Aumento de peso</i> | ☐ Démangeaison
<i>Picor</i> | ☐ Coup d'aiguille
<i>Pinchazo</i> | ☐ Manque de sensibilité
<i>Falta de sensibilidad</i> |
| ☐ Froid
<i>Frío</i> | ☐ Chaud / suffocation
<i>Calor / Ardor</i> | ☐ Éruptions
<i>Erupciones</i> | ☐ Lésions de la peau
<i>Lesiones en la piel</i> |
| ☐ Contraception
<i>Anticoncepción</i> | ☐ Analyse
<i>Análisis</i> | ☐ Radiographie
<i>Radiografía</i> | ☐ Aide psychologique
<i>Ayuda psicológica</i> |
| ☐ Aide sociale
<i>Ayuda social</i> | ☐ Problème sexuel
<i>Problema sexual</i> | ☐ Tension artérielle
<i>Tensión arterial</i> | ☐ Problème digestif
<i>Problema digestivo</i> |
| ☐ Problème pulmonaire
<i>Problema pulmonar</i> | ☐ Cœur
<i>Corazón</i> | ☐ Problème neurologique
<i>Problema neurológico</i> | ☐ Problème ostéomusculaire
<i>Problema osteomuscular</i> |
| ☐ Diabète
<i>Diabetes</i> | ☐ Autres motifs
<i>Otros motivos</i> | | |

À ne remplir que s'il s'agit d'une maladie localisée sur une partie du corps :**Sólo si es una enfermedad localizada en alguna parte del cuerpo, rellene lo siguiente:**

- | | | | | |
|--|--|---|---|---|
| TÊTE :
<i>CABEZA:</i> | ☐ Douleur
<i>Dolor</i> | ☐ Malaise
<i>Mareo</i> | ☐ Vertige
<i>Vértigo</i> | ☐ Évanouissement
<i>Pérdida de conocimiento</i> |
| | ☐ Convulsions
<i>Convulsiones</i> | ☐ Insomnie
<i>Insomnio</i> | ☐ Somnolence
<i>Somnolencia</i> | |
| OUIES :
<i>OIDOS:</i> | ☐ Surdit  
<i>Sordera</i> | ☐ Bruits
<i>Ruidos</i> | ☐ Douleur
<i>Dolor</i> | ☐ Suppuration
<i>Supuraci  n</i> |
| | | | | ☐ Sang
<i>Sangre</i> |
| YEUX :
<i>OJOS:</i> | ☐ Je vois mal de pr  s
<i>Veo mal de cerca</i> | ☐ Je vois mal de loin
<i>Veo mal de lejos</i> | ☐ Je vois double
<i>Veo doble</i> | ☐ Je vois des lumi  res
<i>Veo luces</i> |
| | ☐ D  mangeaison
<i>Picor</i> | ☐ Sensation de sable
<i>Sensaci  n de arena</i> | ☐ Suppuration
<i>Supuraci  n</i> | ☐ Larmoiement
<i>Lagrimo</i> |
| BOUCHE :
<i>BOCA:</i> | ☐ Mal aux molaires
<i>Dolor de muelas</i> | ☐ Mal aux dents
<i>Dolor de dientes</i> | ☐   ruption
<i>Erupci  n</i> | ☐ Gonflement
<i>Hinchaz  n</i> |
| | ☐ Soif
<i>Sed</i> | ☐ Br  lure
<i>Quemaz  n</i> | ☐ Mauvaise haleine
<i>Mal aliento</i> | |
| NEZ :
<i>NARIZ:</i> | ☐ Obstruction
<i>Obstrucci  n</i> | ☐ Mucosit  s
<i>Moqueo</i> | ☐ Saignement
<i>Sangrado</i> | ☐ Alt  ration de l'odorat
<i>Alteraci  n del olfato</i> |
| GORGE / COU :
<i>GARGANTA / CUELLO:</i> | ☐ Grosseurs / Ganglions
<i>Bultos / Ganglios</i> | ☐ Goitre
<i>Bocio</i> | ☐ Aphonie
<i>Afon  a</i> | ☐ Alt  ration de la voix
<i>Alteraci  n de la voz</i> |
| | G  ne    la d  glutition.
<i>Molestias al tragar:</i> | ☐ Toujours
<i>Siempre</i> | ☐ Seulement avec des aliments solides
<i>S  lo con s  lidos</i> | |
| POUMONS :
<i>PULMONES:</i> | Toux :
<i>Tos:</i> | ☐ Par irritation
<i>Por irritaci  n</i> | ☐ Sans mucosit  s
<i>Sin moco</i> | ☐ Avec mucosit  s
<i>Con moco</i> |
| | Expectoration :
<i>Expectoraci  n:</i> | ☐ Couleur claire
<i>Color claro</i> | ☐ Couleur fonc  e
<i>Color oscuro</i> | ☐ Avec du sang
<i>Con sangre</i> |
| | Manque d'air :
<i>Falta de aire:</i> | ☐ Nocturne
<i>Nocturna</i> | ☐ Couch  
<i>Acostado</i> | ☐ Lors de l'exercice
<i>Con ejercicio</i> |
| | Douleur :
<i>Dolor:</i> | ☐ En respirant
<i>Con la respiraci  n</i> | ☐ En bougeant
<i>Con el movimiento</i> | ☐ Continu
<i>Continua</i> |
| | ☐ Sifflements
<i>Silbidos</i> | ☐ Bruits en respirant
<i>Ruidos al respirar</i> | | ☐ En toussant
<i>Con la tos</i> |

CŒUR : CORAZÓN:	Battements : Latidos:	☐ Il bat vite <i>Late deprisa:</i>	☐ Toujours <i>Siempre</i>	☐ Parfois <i>A ratos</i>	☐ Lors d'un effort <i>Con el esfuerzo</i>	☐ La nuit <i>De noche</i>
		☐ Il bat doucement <i>Late despacio</i>	☐ Palpitations <i>Palpitaciones</i>	☐ Battements très lents et irréguliers <i>Falta de vida</i>		
	Douleur : Dolor:	☐ Lors d'un effort <i>Con el esfuerzo</i>	☐ Au repos <i>En reposo</i>	☐ Elle se répand dans le bras <i>Se extiende al brazo</i>		
ABDOMEN: ABDOMEN:	Où ? ¿Dónde?					
	☐ Douleur / Brûlure : <i>Dolor / Ardor:</i>	☐ Continue <i>Continuo</i>	☐ Intermittente <i>Intermitente</i>	☐ Empire en mangeant <i>Empeora al comer</i>	☐ Diminue en mangeant <i>Se alivia al comer</i>	
	☐ Nausées / Vomissements : <i>Nauseas / Vómitos:</i>	☐ Aliments <i>Alimentos</i>	☐ Sang <i>Sangre</i>	☐ Dépôts comme du marc de café <i>Posos como de café</i>		
	☐ Selles : <i>Heces:</i>	☐ Constipation <i>Estreñimiento</i>	☐ Diarrhée <i>Diarrea</i>	☐ Avec des mucosités <i>Con moco</i>	☐ Avec du sang <i>Con sangre</i>	☐ Avec des vers <i>Con gusanos</i>
		Couleur : <i>Color:</i>	☐ Normale <i>Normal</i>	☐ Blanches <i>Blancas</i>	☐ Noires <i>Negras</i>	
VESSIE : VEJIGA:	☐ Douleur en urinant <i>Dolor al orinar</i>	☐ J'urine souvent : <i>Orino muchas veces:</i>	☐ Pendant la journée <i>Durante el día</i>	☐ La nuit <i>Por la noche</i>		
	☐ J'urine du sang <i>Orino sangre</i>	☐ J'ai des pertes d'urine : <i>Se me escapa la orina:</i>	☐ Sans le vouloir <i>Sin querer</i>	☐ Quand je fais un effort <i>Con el esfuerzo</i>		
	☐ J'urine très foncé <i>Orino muy oscuro</i>	☐ J'urine avec un jet moins fort <i>Orino con menos fuerza de chorro</i>	☐ J'urine peu <i>Orino poco</i>			
GÉNITAUX : GENITALES:	Hommes : Hombres:	☐ Altérations de l'urine <i>Alteraciones en orina</i>	☐ Sécrétion <i>Secreción</i>	☐ Lésion <i>Lesión</i>	☐ Irritation <i>Irritación</i>	
		☐ Altérations du pénis : <i>Alteraciones en el pene:</i>	☐ Je n'éjacule pas <i>No eyaculo</i>	☐ Je n'ai pas d'érection <i>No tengo erección</i>	☐ Pointe du pénis déviée <i>Se me desvía</i>	
		☐ Troubles de l'érection : <i>Trastornos de la erección:</i>	☐ J'ai mal <i>Tengo dolor</i>	☐ J'éjacule très vite <i>Suelto el semen muy pronto</i>		
	Femmes : Mujeres:	☐ Altérations de l'urine <i>Alteraciones en orina</i>				
		Flux : <i>Flujo:</i>	☐ Normal <i>Normal</i>	☐ Altéré : <i>Alterado:</i>	☐ Couleur <i>Color</i>	☐ Quantité <i>Cantidad</i>
					☐ Démangeaison de la vulve <i>Picor en la vulva</i>	
	Règles : <i>Regla:</i>	Date des dernières règles : <i>Fecha de la última regla:</i>			Âge des premières règles : <i>Edad de la primera regla:</i>	
	☐ Normales <i>Normal</i>	☐ J'ai des altérations : <i>Tengo alteraciones:</i>	☐ En retard <i>Retraso</i>	☐ En avance <i>Adelanto</i>	☐ Saignements entre les règles <i>Sangrado a mitad de la regla</i>	
		☐ Douleur lors des règles <i>Dolor en la regla</i>	☐ Je saigne plus que la normale <i>Sangro más de lo normal</i>	☐ Je saigne moins que la normale <i>Sangro menos de lo normal</i>		
		☐ Elles durent très peu. Combien de jours ? : <i>Me dura pocos días. ¿Cuántos?:</i>	☐ Elles durent longtemps. Combien de jours ? : <i>Me dura muchos días. ¿Cuántos?:</i>			
	Sexualité : <i>Sexualidad:</i>	☐ Je n'ai pas d'orgasme <i>No tengo orgasmo</i>	☐ Douleur lors du coït <i>Dolor en el coito</i>			
		☐ Peu d'appétit sexuel <i>Poco apetito sexual</i>	☐ J'ai été violée <i>Me han violado</i>			
	Ménopause : <i>Menopausia:</i>	Âge auquel elle est survenue : <i>Edad a la que apareció:</i>				
		J'ai des symptômes : <i>Tengo síntomas:</i>	☐ Sueurs <i>Sudores</i>	☐ Démangeaisons vaginales <i>Picor vaginal</i>	☐ Problèmes aux os <i>Problemas en los huesos</i>	
			☐ Je tâche de sang <i>Mancho de sangre</i>	☐ Bouffées de chaleur <i>Sofocos</i>		
JAMBES : PIERNAS:	☐ Varices <i>Varices</i>	☐ Chevilles gonflées <i>Hinchazón de tobillos</i>	☐ Douleur après avoir marché un instant <i>Dolor después de caminar un rato</i>			
	☐ Lourdeur <i>Pesadez</i>	☐ Crampes <i>Calambres</i>	☐ Je perds la sensibilité <i>Pierdo sensibilidad</i>			