

कृपया इस फार्म को भरिए और डॉक्टर को देखने से पहले इनके हाथ में सौंप दीजिए।

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

☐ मेरे
A mí

☐ डॉक्टर के
Al médico

पहला नाम और परिवार के नाम (लेटिन अक्षरों में):

Nombre y apellidos (en letras latinas):

जन्म का तारीख (ईसवी कैलेंडर):

Fecha de nacimiento (calendario cristiano):

दिन:

Día:

महीना:

Mes:

वर्ष:

Año:

पता:

Domicilio:

दूरभाष:

Teléfono:

राष्ट्रीयता:

Nacionalidad:

मूल राष्ट्र:

País de donde proviene:

स्पेइन में कितने साल रहे:

Años que lleva viviendo en España:

☐ एक साल से कम

Menos de uno

☐ एक साल से ज्यादा (कितने साल):

Más de uno (indique cuántos):

आपको रोग के किस तरह के लक्षण हैं?

Síntoma que motivó la consulta

☐ दर्द
Dolor

☐ चोट या जलन
Golpe o quemadura

☐ रोग संक्रमण
Infección

☐ अन्य
Otro

वह कहा है?

¿DÓNDE LO TIENE?

चित्र पर उस जगह को एक तीर से निशाना लगाइए।

Marque el lugar en la figura con una flecha

वह कब शुरू हुआ?

¿CUÁNDO EMPEZÓ?

इससे कम रु:

Menos de:

☐ एक घंटा
Una hora

☐ एक दिन
Un día

☐ एक सप्ताह
Una semana

☐ एक महीना
Un mes

☐ एक साल
Un año

वह शुरू हुआ:

Inicio:

☐ अचानक
Súbito

☐ धीरे धीरे
Gradual

आवृत्ति:

PERIODICIDAD:

क्या यह इससे पहले आपके साथ ऐसे हुआ?

¿Le ha ocurrido más veces?

☐ नहीं

No

☐ हां

Sí

अनुक्रम:

PROGRESIÓN:

☐ समय के साथ इसकी हालत बुरी हो जाती है।

Aumenta con el tiempo

☐ वह बदलता नहीं।

Se mantiene igual

☐ वह आता है और जाता है।

Va y viene

क्या आप उसको किसी और से संबंधित मानते हैं?

¿LO ASOCIA A ALGO?

☐ नहीं

No

☐ हां (यदि हां, तो इस सूची में X निशाना लगाइए।)

Sí (en caso afirmativo marque con un aspa a continuación):

☐ भोजन
Comidas

☐ जब मैं चलता/चलती हूँ।
Movimientos

☐ व्यायाम
Ejercicio

☐ रात के समय
Noche

☐ दिन के समय
Día

☐ मनोभाव
Emociones

☐ अन्य
Otro

क्या इसकी दशा को और बुरी बनाने के लिए कुछ है?

¿SE AGRAVA CON ALGO?

☐ नहीं

No

☐ हां (आगे की सूची में एक या अधिक चीजों पर गोल लगाइए।)

Sí (marque con un círculo las opciones anteriores)

पुरानी बीमारी

Enfermedades previas

शल्य चिकित्साएं। आप का उम्र क्या है? (आपके प्रस्तुत उम्र को 'बीमारी' के अगले बक्से में लिखिए।)

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

☐ मोतियाबिंद
Cataratas

☐ आंखें
Ojos

☐ नासूर
Sinusitis

☐ गद्द
Amígdalas

☐ घेघा
Bocio

☐ रसौली
Quistes

☐ फेफड़ा
Pulmón

☐ दिल
Corazón

☐ पेट
Estómago

☐ अंतड़ी
Intestino

☐ पित्ताशय
Órganos sexuales

☐ रक्तस्त्राव
Vesícula biliar

☐ शल्य क्रिया द्वारा प्रसव
Hemorroides

☐ बच्चेदानी को निकाल देना
Cesárea

☐ गर्भाशय से
Cáncer

अंडाशय से
Histerectomía (vaciamiento):

☐ गुप्तांग
De matriz

☐ हाथ
De ovario

☐ पैर
Brazo

☐ फूली हुई नसें
Pierna

☐ कर्कट रोग (कैंसर)
Varices

☐ अन्य
Otras

बॉक्स में संख्या डालिए:

ESCRIBA EL NÚMERO DENTRO DEL CUADRADO:

कितनी बार अस्पताल में दाखिल हुए। ☐

Ingresos en hospital

आपका उम्र क्या है? ☐

¿Cuántos años tenía?

दाखिल होने के कारण।

¿Por qué motivo?

अगर आपको कोई गंभीर बीमारी हो या था तो एक X का निशाना लगाइए।

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

☐ मधुमेह
Diabetes

☐ उच्च चर्बी स्तर
Hipertensión

☐ उच्च रक्त दबाव
Cáncer

☐ रक्तक्षीणता
Úlcera de estómago

☐ कर्कट रोग (कैंसर)
Fiebres prolongadas

☐ पुरानी धसका
Colesterol

☐ पेट का ग्रण
Anemia

☐ फेलनेवाला बीमारी
Bronquitis crónica

☐ यकृत-शोथ
Problemas de corazón

☐ एड्स की बीमारी
Diarreas prolongadas

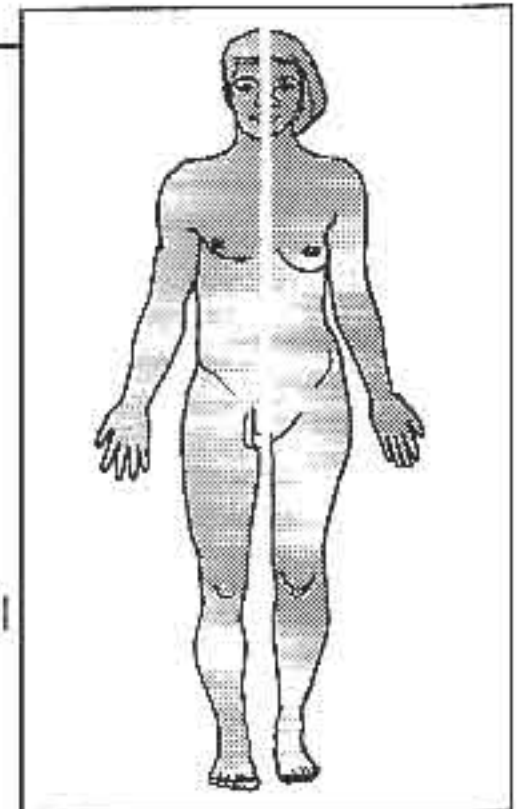
क्षय रोग:
Enfermedades contagiosas:

☐ अन्य
Hepatitis

☐ दिल की बीमारियां
SIDA

☐ लंबित बुखार
Tuberculosis

☐ लंबित दस्त की बीमारी
Otras



क्या आपके परिवारवालों में किसी को निम्न सूची में दिये गये रोगों में से कोई रोग कभी हुआ है? (संबंध में बगल में बीमारी लिखिए।)
 ¿Hay alguien en la familia que haya tenido alguna de las enfermedades anteriores? (escriba la enfermedad junto al parentesco)

- ☐ पिताजी:
 Padre:
- ☐ भाई या बहन:
 Hermanos:
- ☐ दादा:
 Abuelo paterno:
- ☐ दादी:
 Abuelo materno:

- ☐ माताजी:
 Madre:
- ☐ बच्चे:
 Hijos:
- ☐ नाना:
 Abuela paterna:
- ☐ नानी:
 Abuela materna:

सामाजिक परिस्थितियाँ Historia social

क्या आप कोई नौकरी करते हैं? ☐ नहीं ☐ हाँ
 ¿TRABAJA? No Sí

क्या आपने कोई चिकित्सा का बीमा करवाया है? ☐ नहीं ☐ हाँ (उस बीमा निगम का नाम लिखिए):
 ¿TIENE SEGURO MÉDICO? No Sí (escriba el nombre de la empresa aseguradora):

क्या आपको अपने परिवारवालों के साथ कोई समस्या है? ☐ नहीं ☐ हाँ क्या उन्होंने आप पर हमला किया? ☐ नहीं ☐ हाँ
 ¿TIENE PROBLEMAS CON ALGUIEN DE LA FAMILIA? No Sí ¿LE HAN AGREDIDO? No Sí

क्या आप पिछले साल में किसी दूसरे देश से या देश को यात्रा कर चुके हैं? ☐ नहीं ☐ हाँ (देश को नाम लिखिए):
 ¿HA VIAJADO AL / DESDE EL EXTRANJERO EN EL ÚLTIMO AÑO? No Sí (indique el país):

अतिसंवेद: ☐ नहीं ☐ हाँ
 Alergias: No Sí

☐ चमड़ा Piel	☐ औषधीकरण Medicinas	☐ पेनिसिलिन Penicilina	☐ आयोडिन Yodo
☐ दमा Asma	☐ अन्य Otras	☐ एस्पिरिन Aspirina	☐ निश्चेतना Anestesia

टीकाएं (आखिरी बार टीका लगाने समय आपकी क्या उम्र थी):
 Vacunas (escriba en el cuadrado a qué edad recibió la última):

☐ घनक बाई (टिटानस) Tétanos	☐ जर्मनीय रोमांतिका (रुबेला) Rubéola	☐ पोलियो Poliomielitis	☐ यकृत शोथ Hepatitis	☐ क्षय रोग Tuberculosis	☐ अन्य Otras
--	--	--	--	---	--

क्या आप कोई दवा ले रहे हैं? ☐ नहीं ☐ हाँ (अगर हो सकें तो, व्यापारिक नाम के बदले सक्रिय अवयव के नाम बताइए):
 ¿Toma medicinas? No Sí (escriba, si es posible, los principios activos mejor que el nombre comercial):

प्रस्तुत:
 Actualmente:

पिछले साल में कोई अन्य हो तो:
 Otras durante el último año:

अगर आप सेवन करते हैं तो X निशाना लगाइए:
 Señale con un x si es usted consumidor de:

☐ तम्बाकू Tabaco	☐ मद्यपान Alcohol	☐ नींद की गोली Sonníferos	☐ नशे की गोली Tranquilizantes	☐ अन्य दवाएं Otras drogas
--	---	---	---	---

अगर आप एक नारी हैं तो इस भाग को पूरा कीजिए:
 Rellene lo siguiente si es usted mujer:

आपके पिछले रजप्रवाह का प्रारम्भिक तारीख:
 Fecha en que comenzó la última menstruación:

कितने दिनों में एक बार आपको रजप्रवाह होता है?
 ¿Cada cuántos días le viene la regla?:

वह कितने दिन तक रहता है?
 ¿Cuántos días le dura?:

कितनी बार गर्भपात हुई?
 Número de embarazos:

गर्भधारण में या शिशुजनम में कोई दुविधा हुई हो? ☐ नहीं ☐ हाँ
 Complicaciones en embarazos o partos: No Sí

क्या आप किसी गर्भनिरोधक साधन का प्रयोग करते हैं? ☐ नहीं ☐ हाँ (इनमें से चुनिए):
 ¿Utiliza algún método anticonceptivo? No Sí (señale cuál):

☐ गोलिए
Pastillas

☐ सूइया
Inyectables

☐ निरोध
Preservativos

☐ वन्ध्याकरण
Ligadura de trompas

☐ पुरुष नसबंदी
Vasectomía

☐ मध्यपट
Dispositivo intrauterino

☐ उत्तेजित गर्भपात
Aborto provocado

(अगर आप इनमें से कोई उपाय अपनाना चाहते हैं तो उन पर गोल चक्कर लगाइए।)
 (Si desea utilizar alguno, rodee el cuadrado con un círculo)

स्थित जगहें। डॉक्टर से मिलने के कारण:

LOCALIZACIONES. Motivos de consulta:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ☐ सक्त बीमारी
<i>Enfermedad aguda</i> | ☐ पुरानी बीमारी
<i>Enfermedad crónica</i> | ☐ प्रारम्भिक परामर्श
<i>Primera consulta</i> | ☐ इसी समस्या के साथ मैं यहां पहले भी आई हूँ।
<i>Enfermedad vista antes en esta consulta</i> |
| ☐ काम करते समय विपत्ति
<i>Accidente laboral</i> | ☐ अन्य विपत्तियां
<i>Accidente no laboral</i> | ☐ दर्द
<i>Dolor</i> | बुखार: ☐ उच्च ☐ निम्न
<i>Fiebre: Alta Baja</i> |
| ☐ रोग संक्रमण
<i>Infección</i> | ☐ पसीना आना
<i>Sudoración</i> | ☐ कांपना
<i>Temblores</i> | ☐ धकान
<i>Cansancio</i> |
| ☐ कम भूख
<i>Falta de apetito</i> | ☐ हतोत्साह महसूस करना
<i>Tristeza</i> | ☐ नींद की समस्या
<i>Trastorno del sueño</i> | ☐ दुबलापन
<i>Adelgazamiento</i> |
| ☐ वजन बढ़ जाना
<i>Aumento de peso</i> | ☐ खुजली
<i>Picor</i> | ☐ मारनेवाला दर्द
<i>Pinchazo</i> | ☐ निश्चेष्टता
<i>Falta de sensibilidad</i> |
| ☐ जुखाम
<i>Frío</i> | ☐ उष्ण/जलन
<i>Calor / Ardor</i> | ☐ ददोरा
<i>Erupciones</i> | ☐ चमड़े पर घाव
<i>Lesiones en la piel</i> |
| ☐ गर्भनिरोधक
<i>Anticoncepción</i> | ☐ विश्लेषण
<i>Análisis</i> | ☐ एक्स-किरणें
<i>Radiografía</i> | ☐ मनोतात्त्विक सहायता
<i>Ayuda psicológica</i> |
| ☐ सामाजिक सहायता
<i>Ayuda social</i> | ☐ यौन संबंधी समस्या
<i>Problema sexual</i> | ☐ रक्त दबाव
<i>Tensión arterial</i> | ☐ पाचक समस्या
<i>Problema digestivo</i> |
| ☐ फेफड़े में समस्या
<i>Problema pulmonar</i> | ☐ दिल
<i>Corazón</i> | ☐ तंत्रिकीय समस्या
<i>Problema neurológico</i> | ☐ हड्डी और मांसपेशी में समस्या
<i>Problema osteomuscular</i> |
| ☐ मधुमेह
<i>Diabetes</i> | ☐ अन्य
<i>Otros motivos</i> | | |

जब शरीर के किसी एक भाग में ही समस्या का प्रभाव हो, तब इस भाग को पूरा कीजिए:

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

- | | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|---|
| सिर:
<i>CABEZA:</i> | ☐ सिर दर्द
<i>Dolor</i> | ☐ चक्कराना
<i>Mareo</i> | ☐ वेर्टिगो
<i>Vértigo</i> | ☐ बेहोश
<i>Pérdida de conocimiento</i> |
| | ☐ झटका
<i>Convulsiones</i> | ☐ अनिद्रा रोग
<i>Insomnio</i> | ☐ चक्कर
<i>Somnolencia</i> | |
| कान:
<i>OÍDOS:</i> | ☐ बहरापन
<i>Sordera</i> | ☐ शोर
<i>Ruidos</i> | ☐ दर्द
<i>Dolor</i> | ☐ बाहर निकलना
<i>Supuración</i> |
| आंखें:
<i>OJOS:</i> | ☐ मैं निकट के चीजों को ठीक से देख नहीं पाता/पाती।
<i>Veo mal de cerca</i> | ☐ मैं दूर के चीजों को ठीक से देख नहीं पाता/पाती।
<i>Veo mal de lejos</i> | ☐ मैं दुगना देखता/देखती हूँ।
<i>Veo doble</i> | ☐ मैं प्रकाश देखता/देखती हूँ।
<i>Veo luces</i> |
| | ☐ खुजली
<i>Picor</i> | ☐ मुझे फ्लोटर्स दिखाई देते हैं।
<i>Veo telillas</i> | ☐ किरकिरा महसूस होना
<i>Sensación de arena</i> | ☐ बहाव
<i>Supuración</i> |
| मुंह:
<i>BOCA:</i> | ☐ दाढ़ में दर्द
<i>Dolor de muelas</i> | ☐ आगे के दांत में दर्द
<i>Dolor de dientes</i> | ☐ गीलापन
<i>Lagrimo</i> | ☐ सूजन
<i>Hinchazón</i> |
| | ☐ प्यास
<i>Sed</i> | ☐ बूँद
<i>Erupción</i> | ☐ सरसराता गला
<i>Quemazón</i> | ☐ सूँड़
<i>Mal aliento</i> |
| नाक:
<i>NARIZ:</i> | ☐ अवरोध
<i>Obstrucción</i> | ☐ रक्तप्रवाह
<i>Sangrado</i> | ☐ जुकाम
<i>Moqueo</i> | ☐ चीजों का बूँद अनाखा लगता है।
<i>Alteración del olfato</i> |
| गला/गर्दन:
<i>GARGANTA/CUELLO:</i> | ☐ सूजन/ग्रंथि
<i>Bultos / Ganglios</i> | ☐ आवाज खोना
<i>Afonía</i> | ☐ घेघा
<i>Bocio</i> | ☐ आवाज की खराबी
<i>Alteración de la voz</i> |
| | निगलने में बाधा:
<i>Molestias al tragar:</i> | ☐ केवल मूर्त के साथ
<i>Sólo con sólidos</i> | ☐ हमेशा
<i>Siempre</i> | |
| फेफड़े:
<i>PULMONES:</i> | खांसी:
<i>Tos:</i> | ☐ सूखा खांसी
<i>Sin moco</i> | ☐ चिड़चिड़ा खांसी
<i>Por irritación</i> | ☐ बलगम सहित खांसी
<i>Con moco</i> |
| | थूकना:
<i>Expectoración:</i> | ☐ गाढ़े रंग का
<i>Color oscuro</i> | ☐ हल्के रंग का
<i>Color claro</i> | ☐ रक्त के साथ
<i>Con sangre</i> |
| | हवा की कमी:
<i>Falta de aire:</i> | ☐ लेटे रहते समय
<i>Acostado</i> | ☐ रात में
<i>Nocturna</i> | ☐ व्यायाम के साथ
<i>Con ejercicio</i> |
| | दर्द:
<i>Dolor:</i> | ☐ हिलते समय
<i>Con el movimiento</i> | ☐ सांस लेते समय
<i>Con la respiración</i> | ☐ सभी समय
<i>Continua</i> |
| | ☐ खरखराहट के साथ सांस लेना
<i>Silbidos</i> | ☐ शोर के साथ सांस लेना
<i>Ruidos al respirar</i> | | ☐ खासते समय
<i>Con la tos</i> |

दिल: CORAZÓN: दिल का धड़कन: Latidos: ☐ तेजी से दिल धड़कना: Late deprisa: ☐ हमेशा Siempre ☐ कभी कभी A ratos ☐ प्रयास के समय Con el esfuerzo ☐ रात के समय De noche

☐ धीमे से दिल धड़कना Late despacio ☐ धड़कन Palpitaciones ☐ प्रासंगिक 'थम्प' या छूटा हुआ धड़कन Falta de vida

दर्द: Dolor: ☐ प्रयास के समय Con el esfuerzo ☐ आराम के समय En reposo ☐ वह नीचे मेरे हाथ में फैलता है Se extiende al brazo

उदर: ABDOMEN: कहाँ? ¿Dónde?

☐ दर्द/जलन: Dolor / Ardor: ☐ हमेशा Continuo ☐ आंतरायिक Intermittente ☐ खाने के बाद और खराब Empeora al comer ☐ खाने के बाद बेहतर Se alivia al comer

☐ उबकाई / उलटी: Nauseas / Vómitos: ☐ खाना Alimentos ☐ रक्त Sangre ☐ जैस कि पिसा हुआ कॉफी हो Posos como de café

☐ मल: Hece: ☐ कब्जियत Estreñimiento ☐ दस्त की बीमारी Diarrea ☐ बलगम के साथ Con moco ☐ रक्त के साथ Con sangre ☐ कीड़ों के साथ Con gusanos

रंग: Color: ☐ सामान्य Normal ☐ सफेद Blancas ☐ काला Negras

मूत्राशय: VESIGA: ☐ पेशाब करते समय दर्द Dolor al orinar ☐ पेशाब में रक्त: Orino muchas veces: ☐ बहुत गाढ़े रंग का पेशाब Durante el día ☐ मैं अक्सर पेशाब जाता/जाती हूँ। Por la noche

☐ दिन के समय Orino sangre ☐ रात के समय: Se me escapa la orina: ☐ मुझे पेशाब टपकता है। Sin querer ☐ किसी भी समय Con el esfuerzo

☐ प्रयास के साथ Orino muy oscuro ☐ दुर्बल प्रवाह का पेशाब Orino con menos fuerza de chorro ☐ मैं थोड़ा सा ही पेशाब करता/करती हूँ। Orino poco

यौन अंगों के संबंध: GENITALES: पुरुष: Hombres: ☐ असामान्य पेशाब Alteraciones en orina

☐ पुरुषेन्द्रिय की समस्या: Alteraciones en el pene: ☐ र्राव Secreción ☐ चोट Lesión ☐ जलन Irritación

☐ उत्थापन में गड़बड़: Trastornos de la erección: ☐ मैं संभोग में वीर्य नहीं निकलता। No eyaculo ☐ मुझे उत्थापन नहीं होता। No tengo erección ☐ मेरा उत्थापन मुड़ा हुआ है। Se me desvía

☐ मुझे शीघ्र वीर्य बाहर निकलता है। Tengo dolor ☐ मुझे दर्द महसूस होता है। Suelto el semen muy pronto

स्त्री: Mujeres: ☐ असामान्य पेशाब Alteraciones en orina

बहाव: Flujo: ☐ सामान्य Normal ☐ असामान्य: Alterado: ☐ रंग Color ☐ मात्रा Cantidad ☐ बल्वा में खुजली Picor en la vulva

रजप्रवाह: Regla: पिछले रजप्रवाह का तारीख: Fecha de la última regla: पहले रजप्रवाह के समय में उम्र: Edad de la primera regla:

☐ सामान्य Normal ☐ असामान्य: Tengo alteraciones: ☐ देरी से Retraso ☐ शीघ्र से Adelanto ☐ दो सामान्य रजप्रवाह के बीच फिर से रक्त प्रवाह होना Sangrado a mitad de la regla

☐ दर्दभरी रजप्रवाह Dolor en la regla ☐ मुझे सामान्य से ज्यादा रजप्रवाह होता है। Sangro más de lo normal ☐ मुझे सामान्य से कम रजप्रवाह होता है। Sangro menos de lo normal

☐ वह केवल कुछ ही दिन रहता है। कितने दिन रहता है? Me dura pocos días. ¿Cuántos?: ☐ बहुत दिनों तक रहता है। कितने दिन तक? Me dura muchos días. ¿Cuántos?:

यौन संबंधित: Sexualidad: ☐ मुझे रति सुख प्राप्त नहीं होता No tengo orgasmo ☐ दर्दभरी संभोग Dolor en el coito

☐ कम यौन सुख Poco apetito sexual ☐ मुझे बलात्कार किया गया Me han violado

रजबंदी: Menopausia: आप कितने उम्र के थे जब वह शुरू हुआ? Edad a la que apareció:

☐ मुझे निम्नांकित रोग लक्षण हैं। Tengo síntomas: ☐ मेरा धम घुटता है। Sofocos ☐ अत्यधिक पसीना आता है। Picor vaginal

☐ मेरे हड्डियों के साथ समस्या Problemas en los huesos ☐ योनिक खुजली Sudores ☐ रक्त का दाग Mancho de sangre

पैरें: PIERNAS: ☐ सूजे नस Varices ☐ भारीपन Hinchazón de tobillos ☐ सूजे टखना Dolor después de caminar un rato

☐ शिकजे Pesadez ☐ थोड़ी दूर चलने से दर्द Calambres ☐ निश्चेष्ट Pierdo sensibilidad