

Please complete this form before going in to see the doctor and hand it to:
 Por favor, rellene este impreso antes de entrar en la consulta del médico y entréguelo:

☐ Me
 A mí

☐ The doctor
 Al médico

Forename and family names (in Latin characters):

Nombre y apellidos (en letras latinas):

Date of birth (Christian calendar):

Day:

Month:

Year:

Fecha de nacimiento (calendario cristiano):

Día:

Mes:

Año:

Address:

Telephone:

Domicilio:

Teléfono:

Nationality:

Country of origin:

Nacionalidad:

País de donde proviene:

Years of residence in Spain:

☐ Less than one

☐ More than one (state how many):

Años que lleva viviendo en España:

Menos de uno

Más de uno (indique cuántos):

What sort of symptom do you have?

☐ Pain

☐ Injury or burn

☐ Infection

☐ Other

Síntoma que motivó la consulta

Dolor

Golpe o quemadura

Infección

Otro

WHERE IS IT?

Mark the place on the diagram with an arrow

¿DÓNDE LO TIENE?

Marque el lugar en la figura con una flecha

WHEN DID IT START?

Less than:

☐ One hour

☐ One day

☐ One week

☐ One month

☐ One year

¿CUÁNDO EMPEZÓ?

Menos de:

Una hora

Un día

Una semana

Un mes

Un año

It began:

☐ Suddenly

☐ Gradually

Inicio:

Súbito

Gradual

FREQUENCY:

Has this happened to you before? ☐ No ☐ Yes

PERIODICIDAD:

¿Le ha ocurrido más veces?

No

Sí

PROGRESSION:

☐ It gets worse with time

☐ It stays the same

☐ It comes and goes

PROGRESIÓN:

Aumenta con el tiempo

Se mantiene igual

Va y viene

DO YOU ASSOCIATE IT WITH ANYTHING?

☐ No

☐ Yes (if "yes", mark with an x in this list):

¿LO ASOCIA A ALGO?

No

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

☐ Meals

☐ When I move

☐ Exercise

☐ Night-time

☐ Day-time

☐ Emotions

☐ Other

Comidas

Movimientos

Ejercicio

Noche

Día

Emociones

Otro

IS THERE ANYTHING THAT MAKES IT WORSE?

☐ No

☐ Yes (mark one or more of the items in the preceding list with a circle)

¿SE AGRAVA CON ALGO?

No

Sí (marque con un círculo las opciones anteriores)

Earlier illnesses

Enfermedades previas

OPERATIONS:

How old were you? (Write your age at the time in the box next to the illness):

OPERACIONES:

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

☐ Cataracts

☐ Eyes

☐ Sinusitis

☐ Tonsils

☐ Goitre

Cataratas

Vista

Sinusitis

Amígdalas

Bocio

☐ Cysts

☐ Lung

☐ Heart

☐ Stomach

☐ Intestine

Quistes

Pulmón

Corazón

Estómago

Intestino

☐ Sexual organs

☐ Gall bladder

☐ Haemorrhoids

☐ Caesarean

☐ Cancer

Órganos sexuales

Vesícula biliar

Hemorroides

Cesárea

Cáncer

Hysterectomy:

☐ Of the womb

☐ Of the ovary

Histerectomía (vaciamiento):

De matriz

De ovario

☐ Arm

☐ Leg

☐ Varicose veins

☐ Others

Brazo

Pierna

Varices

Otras

WRITE THE NUMBER IN THE BOX:

ESCRIBA EL NÚMERO DENTRO DEL CUADRADO:

Times admitted to hospital ☐

How old were you? ☐

Reason for admission

Ingresos en hospital

¿Cuántos años tenía?

¿Por qué motivo?

MARK WITH AN X IF YOU HAVE, OR HAVE HAD, ANY SERIOUS ILLNESS:

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

☐ Diabetes

☐ High blood pressure

☐ Cancer

☐ Stomach ulcer

☐ Prolonged fevers

Diabetes

Hipertensión

Cáncer

Úlcera de estómago

Fiebres prolongadas

☐ High cholesterol

☐ Anaemia

☐ Chronic bronchitis

☐ Heart problems

☐ Prolonged diarrhoeas

Colesterol

Anemia

Bronquitis crónica

Problemas de corazón

Diarreas prolongadas

Contagious diseases:

☐ Hepatitis

☐ AIDS

☐ Tuberculosis

☐ Others

Enfermedades contagiosas:

Hepatitis

SIDA

Tuberculosis

Otras

Has anyone in your family had one of the diseases in the preceding list? (write the illness next to the relationship)
 ¿Hay alguien en la familia que haya tenido alguna de las enfermedades anteriores? (escriba la enfermedad junto al parentesco)

- | | |
|---|---|
| ☐ Father:
Padre: | ☐ Mother:
Madre: |
| ☐ Brother or sister:
Hermanos: | ☐ Children:
Hijos: |
| ☐ Paternal grandfather:
Abuelo paterno: | ☐ Maternal grandfather:
Abuela paterna: |
| ☐ Paternal grandmother:
Abuelo materno: | ☐ Maternal grandmother:
Abuela materna: |

Social circumstances
Historia social

- ARE YOU DOING A JOB? ☐ No ☐ Yes
 ¿TRABAJA? No Sí
- DO YOU HAVE MEDICAL INSURANCE? ☐ No ☐ Yes (write the name of the insurance company):
 ¿TIENE SEGURO MÉDICO? No Sí (escriba el nombre de la empresa aseguradora):
- DO YOU HAVE PROBLEMS WITH ANYONE IN THE FAMILY? ☐ No ☐ Yes Did they attack you? ☐ No ☐ Yes
 ¿TIENE PROBLEMAS CON ALGUIEN DE LA FAMILIA? No Sí ¿Le han agredido? No Sí
- HAVE YOU TRAVELLED TO OR FROM ANOTHER COUNTRY IN THE LAST YEAR? ☐ No ☐ Yes (state country):
 ¿HA VIAJADO AL / DESDE EL EXTRANJERO EN EL ÚLTIMO AÑO? No Sí (indique el país):

- Allergies:** ☐ No ☐ Yes: _____
Alergias: No Sí:
- | | | | |
|---|---|---|--|
| ☐ Skin
Piel | ☐ Medications
Medicinas | ☐ Penicillin
Penicilina | ☐ Iodine
Yodo |
| ☐ Asthma
Asma | ☐ Others
Otras | ☐ Aspirin
Aspirina | ☐ Anesthesia
Anestesia |

Vaccinations (write in the box how old you were when you had the last shot):
Vacunas (escriba en el cuadrado a qué edad recibió la última):

- | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|
| ☐ Tetanus
Tétanos | ☐ German measles
Rubéola | ☐ Polio
Poliomielitis | ☐ Hepatitis
Hepatitis | ☐ Tuberculosis
Tuberculosis | ☐ Others
Otras |
|---|--|---|---|---|--|

- Are you taking any medication?** ☐ No ☐ Yes (if possible, state the active ingredient rather than the trade name):
 ¿Toma medicinas? No Sí (escriba, si es posible, los principios activos mejor que el nombre comercial):
- At present:
 Actualmente:
- Others in the last year:
 Otras durante el último año:

Mark with a cross if you use:

Señale con un aspa si es usted consumidor de:

- | | | | | |
|--|---|---|---|--|
| ☐ Tobacco
Tabaco | ☐ Alcohol
Alcohol | ☐ Sleeping pills
Somníferos | ☐ Tranquilizers
Tranquilizantes | ☐ Other drugs
Otras drogas |
|--|---|---|---|--|

Complete this section if you are a woman:
Rellene lo siguiente si es usted mujer:

- | | |
|---|--|
| Date your last period began:
Fecha en que comenzó la última menstruación: | Every how many days does your period come?:
¿Cada cuántos días le viene la regla?: |
| How many days does it last?:
¿Cuántos días le dura?: | Number of pregnancies:
Número de embarazos: |
| Complications in pregnancy or childbirth?:
Complicaciones en embarazos o partos: | Number of abortions:
Número de abortos: |
| Do you use any method of contraception?
¿Utiliza algún método anticonceptivo? | ☐ No ☐ Yes
No Sí |
| | ☐ No ☐ Yes (mark which):
No Sí (señale cuál): |
| | ☐ Condoms
Preservativos |
| | ☐ Diaphragm
Dispositivo intrauterino |
| | ☐ Pills
Pastillas |
| | ☐ Sterilization
Ligadura de trompas |
| | ☐ Provoked abortion
Aborto provocado |
| | ☐ Injections
Inyectables |
| | ☐ Vasectomy
Vasectomía |

(If you wish to use one of these methods, draw a circle round the box)
 (Si desea utilizar alguno, rodee el cuadrado con un círculo)

LOCATIONS. Reasons for consulting the doctor:**LOCALIZACIONES. Motivos de consulta:**

- | | | | |
|---|--|--|--|
| ☐ Acute illness
<i>Enfermedad aguda</i> | ☐ Chronic illness
<i>Enfermedad crónica</i> | ☐ Initial consultation
<i>Primera consulta</i> | ☐ I have been here before with the same problem
<i>Enfermedad vista antes en esta consulta</i> |
| ☐ Accident at work
<i>Accidente laboral</i> | ☐ Other accident
<i>Accidente no laboral</i> | ☐ Pain
<i>Dolor</i> | Fever: ☐ High ☐ Low
<i>Fiebre: Alta Baja</i> |
| ☐ Infection
<i>Infección</i> | ☐ Perspiration
<i>Sudoración</i> | ☐ Trembling
<i>Temblor</i> | ☐ Tiredness
<i>Cansancio</i> |
| ☐ Poor appetite
<i>Falta de apetito</i> | ☐ Feeling depressed
<i>Tristeza</i> | ☐ Sleep problems
<i>Trastorno del sueño</i> | ☐ Slimming
<i>Adelgazamiento</i> |
| ☐ Increase in weight
<i>Aumento de peso</i> | ☐ Itching
<i>Picor</i> | ☐ Stabbing pain
<i>Pinchazo</i> | ☐ Numbness
<i>Falta de sensibilidad</i> |
| ☐ Cold
<i>Frío</i> | ☐ Heat / Burning
<i>Calor / Ardor</i> | ☐ Rash
<i>Erupciones</i> | ☐ Skin lesions
<i>Lesiones en la piel</i> |
| ☐ Contraception
<i>Anticoncepción</i> | ☐ Analysis
<i>Análisis</i> | ☐ X-rays
<i>Radiografía</i> | ☐ Psychological help
<i>Ayuda psicológica</i> |
| ☐ Social help
<i>Ayuda social</i> | ☐ Sexual problem
<i>Problema sexual</i> | ☐ Blood pressure
<i>Tensión arterial</i> | ☐ Digestive problem
<i>Problema digestivo</i> |
| ☐ Lung problem
<i>Problema pulmonar</i> | ☐ Heart
<i>Corazón</i> | ☐ Neurological problem
<i>Problema neurológico</i> | ☐ Problem with bones or muscles
<i>Problema osteomuscular</i> |
| ☐ Diabetes
<i>Diabetes</i> | ☐ Other
<i>Otros motivos</i> | | |

Complete the following section only if the problem affects a particular part of the body:**Sólo si es una enfermedad localizada en alguna parte del cuerpo, rellene lo siguiente:**

- | | | | | |
|---|--|---|--|--|
| HEAD:
<i>CABEZA:</i> | ☐ Headache
<i>Dolor</i> | ☐ Dizziness
<i>Mareo</i> | ☐ Vertigo
<i>Vértigo</i> | ☐ Loss of consciousness
<i>Pérdida de conocimiento</i> |
| | ☐ Convulsions
<i>Convulsiones</i> | ☐ Insomnia
<i>Insomnio</i> | ☐ Drowsiness
<i>Somnolencia</i> | |
| EARS:
<i>OÍDOS:</i> | ☐ Deafness
<i>Sordera</i> | ☐ Noises
<i>Ruidos</i> | ☐ Pain
<i>Dolor</i> | ☐ Discharge
<i>Supuración</i> |
| | | | | ☐ Bleeding
<i>Sangre</i> |
| EYES:
<i>OJOS:</i> | ☐ I see near things poorly
<i>Veo mal de cerca</i> | ☐ I see distant things poorly
<i>Veo mal de lejos</i> | ☐ I see double
<i>Veo doble</i> | ☐ I see lights
<i>Veo luces</i> |
| | ☐ Itching
<i>Picor</i> | ☐ Gritty feeling
<i>Sensación de arena</i> | ☐ Discharge
<i>Supuración</i> | ☐ I see 'floaters'
<i>Veo telillas</i> |
| | | | ☐ Wateriness
<i>Lagrimo</i> | |
| MOUTH:
<i>BOCA:</i> | ☐ Aching molars
<i>Dolor de muelas</i> | ☐ Aching front teeth
<i>Dolor de dientes</i> | ☐ Eruption
<i>Erupción</i> | ☐ Swelling
<i>Hinchazón</i> |
| | ☐ Thirst
<i>Sed</i> | ☐ Soreness
<i>Quemazón</i> | ☐ Bad breath
<i>Mal aliento</i> | |
| NOSE:
<i>NARIZ:</i> | ☐ Obstruction
<i>Obstrucción</i> | ☐ Catarrh
<i>Moqueo</i> | ☐ Bleeding
<i>Sangrado</i> | ☐ Things smell strange
<i>Alteración del olfato</i> |
| THROAT / NECK:
<i>GARGANTA / CUELLO:</i> | ☐ Lumps / Glands
<i>Bultos / Ganglios</i> | ☐ Goitre
<i>Bocio</i> | ☐ Loss of voice
<i>Afonía</i> | ☐ Disorder of the voice
<i>Alteración de la voz</i> |
| | Difficulty swallowing:
<i>Molestias al tragar:</i> | ☐ Always
<i>Siempre</i> | ☐ Only with solids
<i>Sólo con sólidos</i> | |
| LUNGS:
<i>PULMONES:</i> | Cough:
<i>Tos:</i> | ☐ Irritable cough
<i>Por irritación</i> | ☐ Dry cough
<i>Sin moco</i> | ☐ Cough with phlegm
<i>Con moco</i> |
| | Expectoration:
<i>Expectoración:</i> | ☐ Light-coloured
<i>Color claro</i> | ☐ Dark-coloured
<i>Color oscuro</i> | ☐ With blood
<i>Con sangre</i> |
| | Lack of air:
<i>Falta de aire:</i> | ☐ At night
<i>Nocturna</i> | ☐ Lying down
<i>Acostado</i> | ☐ With exercise
<i>Con ejercicio</i> |
| | Pain:
<i>Dolor:</i> | ☐ When I breathe
<i>Con la respiración</i> | ☐ When I move
<i>Con el movimiento</i> | ☐ All the time
<i>Continua</i> |
| | ☐ Wheezing
<i>Silbidos</i> | ☐ Noisy breathing
<i>Ruidos al respirar</i> | | ☐ When I cough
<i>Con la tos</i> |

HEART: CORAZÓN:	Heartbeat: Latidos:	☐ Fast heartbeat: Late deprisa:	☐ Always Siempre	☐ Sometimes A ratos	☐ During exertion Con el esfuerzo	☐ At night De noche
		☐ Slow heartbeat Late despacio	☐ Palpitations Palpitaciones	☐ Occasional "thump" or missed beat Falta de vida		
	Pain: Dolor:	☐ During exertion Con el esfuerzo	☐ At rest En reposo	☐ It spreads down my arm Se extiende al brazo		
ABDOMEN: ABDOMEN:	Where? ¿Dónde?					
	☐ Pain / Burning: Dolor / Ardor:	☐ All the time Continuo	☐ Intermittently Intermitente	☐ Worse after eating Empeora al comer	☐ Better after eating Se alivia al comer	
	☐ Nausea / Vomiting: Nauseas / Vómitos:	☐ Food Alimentos	☐ Blood Sangre	☐ Like coffee-grounds Posos como de café		
	☐ Faeces: Heces:	☐ Constipation Estreñimiento	☐ Diarrhoea Diarrea	☐ With mucus Con moco	☐ With blood Con sangre	☐ With worms Con gusanos
	Colour: Color:	☐ Normal Normal	☐ White Blancas	☐ Black Negras		
BLADDER: VEJIGA:	☐ Pain when urinating Dolor al orinar	☐ I urinate very frequently: Orino muchas veces:	☐ During the day Durante el día	☐ During the night Por la noche		
	☐ Blood in urine Orino sangre	☐ I leak urine: Se me escapa la orina:	☐ Any time Sin querer	☐ With exertion Con el esfuerzo		
	☐ Very dark urine Orino muy oscuro	☐ Weak stream of urine Orino con menos fuerza de chorro	☐ I urinate very little Orino poco			
GENITALS: GENITALES:	Men: Hombres:	☐ Abnormal urine Alteraciones en orina				
		☐ Problem with the penis: Alteraciones en el pene:	☐ Secretion Secreción	☐ Injury Lesión	☐ Irritation Irritación	
		☐ Disorders of the erection: Trastornos de la erección:	☐ I do not ejaculate No eyaculo	☐ I cannot get an erection No tengo erección	☐ Crooked erection Se me desvía	
			☐ I feel pain Tengo dolor	☐ I ejaculate very early Suelto el semen muy pronto		
	Women: Mujeres:	☐ Abnormal urine Alteraciones en orina				
	Flow: Flujo:	☐ Normal Normal	☐ Abnormal: Alterado:	☐ Colour Color	☐ Amount Cantidad	☐ Vaginal itching Picor en la vulva
	Periods: Regla:	Date of last period: Fecha de la última regla:			Age at time of first period: Edad de la primera regla:	
	☐ Normal Normal	☐ Abnormal: Tengo alteraciones:	☐ Delayed Retraso	☐ Early Adelanto	☐ Bleeding between periods Sangrado a mitad de la regla	
		☐ Painful periods Dolor en la regla	☐ I bleed more than usual Sangro más de lo normal	☐ I bleed less than usual Sangro menos de lo normal		
		☐ Lasts only a few days. Me dura pocos días.	How many days?: ¿Cuántos?:	☐ Lasts many days. Me dura muchos días.	How many days?: ¿Cuántos?:	
	Sexuality: Sexualidad:	☐ I do not achieve orgasm No tengo orgasmo	☐ Painful intercourse Dolor en el coito			
		☐ Little sexual appetite Poco apetito sexual	☐ I have been raped Me han violado			
	Menopause: Menopausia:	How old were you when it started?:				
		I have the following symptoms: Tengo síntomas:	☐ Perspiration Sudores	☐ Vaginal itching Picor vaginal	☐ Problems with my bones Problemas en los huesos	
			☐ Blood-stain Mancho de sangre	☐ Feeling of suffocation Sofocos		
LEGS: PIERNAS:	☐ Varicose veins Varices	☐ Swollen ankles Hinchazón de tobillos	☐ Pain after walking a little distance Dolor después de caminar un rato			
	☐ Heaviness Pesadez	☐ Cramps Calambres	☐ Numbness Pierdo sensibilidad			