

Proszę wypełnić ten formularz przed wejściem do gabinetu i oddać go:

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

☐ Mi

A mí

☐ Lekarzowi

Al médico

Imię i nazwisko (alfabet łaciński):

Nombre y apellidos (en letras latinas):

Data urodzenia (kalendarz chrześcijański):

Dzień

Miesiąc

Rok

Fecha de nacimiento (calendario cristiano):

Día:

Mes:

Año:

Adres:

Telefon:

Domicilio:

Teléfono:

Obywatelstwo:

Kraj pochodzenia:

Nacionalidad:

País de donde proviene:

Jak długo mieszkasz w Hiszpanii:

☐ Mniej niż rok

☐ Ponad rok (podaj ile lat):

Años que lleva viviendo en España:

Menos de uno

Más de uno (indique cuántos):

Objawy, które spowodowały wizytę u lekarza

☐ Ból

☐ Uderzenie lub oparzenie

☐ Zakażenie

☐ Inne

Síntoma que motivó la consulta

Dolor

Golpe o quemadura

Infección

Otro

W KTÓRYM MIEJSCU?

Zaznacz strzałką na rysunku:

¿DÓNDE LO TIENE?

Marque el lugar en la figura con una flecha

OD JAK DAWNA?

Mniej niż:

☐ Jedna godzina

☐ Jeden dzień

☐ Jeden tydzień

☐ Jeden miesiąc

☐ Jeden rok

¿CUÁNDO EMPEZÓ?

Menos de:

Una hora

Un día

Una semana

Un mes

Un año

Początek:

☐ Nagle

☐ Stopniowo

Inicio:

Súbito

Gradual

CZĘSTOTLIWOŚĆ

Czy zdarzyło się to wcześniej?

☐ Nie

☐ Tak

PERIODICIDAD:

¿Le ha ocurrido más veces?

No

Sí

JAK POSTĘPUJE?

☐ Wzrasta z czasem

☐ Cały czas tak samo

☐ Pojawia się i znika

PROGRESIÓN:

Aumenta con el tiempo

Se mantiene igual

Va y viene

CZY JEST TO ZWIĄZANE Z

☐ Nie

☐ Tak (jeżeli tak, to zaznacz krzyżykiem):

JAKĄS SYTUACJĄ?

No

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

¿LO ASOCIA A ALGO?

☐ Posiłki

☐ Poruszanie

☐ Ćwiczenia fizyczne

☐ Noc

☐ Dzień

☐ Emocje

☐ Inne

Comidas

Movimientos

Ejercicio

Noche

Día

Emociones

Otro

CZY POGARSZA SIĘ W

☐ Nie

☐ Tak (zaznacz kółkiem wybrane z podanych poprzednio możliwości)

ZWIĄZKU Z JAKĄS SYTUACJĄ?

No

Sí (marque con un círculo las opciones anteriores)

¿SE AGRAVA CON ALGO?

Przebyte choroby

Enfermedades previas

OPERACJE. W jakim wieku? (Zapisz w ramce obok nazwy choroby, ile miałeś/miałaś wtedy lat):

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

☐ Zaćma

☐ Oczy

☐ Zapalenie zatok

☐ Migdały

☐ Wole

Cataratas

Vista

Sinusitis

Amígdalas

Bocio

☐ Torbiele

☐ Płuca

☐ Serce

☐ Żołądek

☐ Jelita

Quistes

Pulmón

Corazón

Estómago

Intestino

☐ Organy płciowe

☐ Woreczek żółciowy

☐ Hemoroidy

☐ Cesarskie cięcie

☐ Rak

Órganos sexuales

Vesícula biliar

Hemorroides

Cesárea

Cáncer

Wycięcie:

☐ Macicy

☐ Jajnika

☐ Inne

Histerectomia (vaciamiento):

De matriz

De ovario

☐ Ramię

☐ Noga

☐ Żylaki

☐ Inne

Brazo

Pierna

Varices

Otras

WPISZ W RAMCE LICZBĘ:

ESCRIBA EL NÚMERO DENTRO DEL CUADRADO:

Pobytów w szpitalu ☐

W jakim wieku? ☐

Z jakiego powodu?

Ingresos en hospital

¿Cuántos años tenía?

¿Por qué motivo?

ZAZNACZ KRZYŻYKIEM, CZY PRZEBYŁEŚ/PRZEBYŁAŚ LUB CIERPIEŚ NA KTÓRĄS Z TYCH CHOROBY:

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

☐ Cukrzyca

☐ Nadciśnienie

☐ Rak

☐ Wrzód żołądka

☐ Długotrwałe stany gorączkowe

Diabetes

Hipertensión

Cáncer

Úlcera de estómago

Fiebres prolongadas

☐ Cholesterol

☐ Anemia

☐ Chroniczne zapalenie oskrzeli

☐ Problemy z sercem

☐ Długotrwałe rozwojnienia

Colesterol

Anemia

Bronquitis crónica

Problemas de corazón

Diarréas prolongadas

Choroby zakaźne

☐ Żółtaczka

☐ AIDS

☐ Gruźlica

☐ Inne

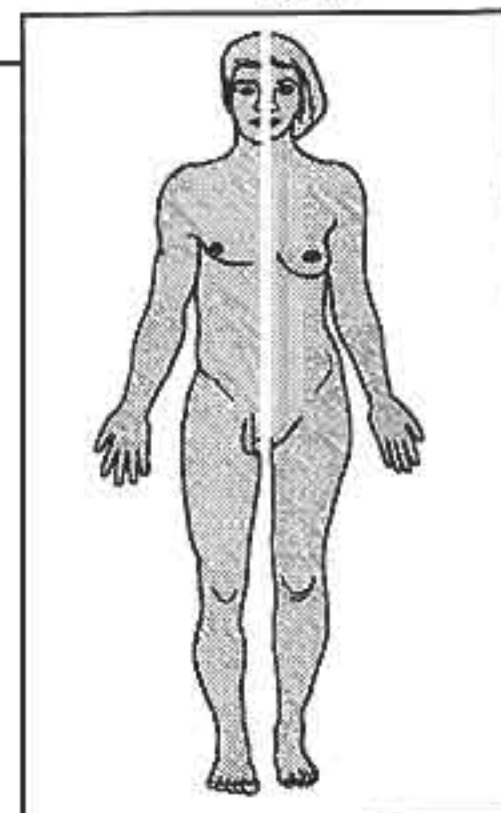
Enfermedades contagiosas:

Hepatitis

SIDA

Tuberculosis

Otras



Czy ktoś w Twojej rodzinie cierpiał na którąś z wymienionych powyżej chorób? (zapisz nazwę choroby obok rodzaju pokrewieństwa)
 ¿Hay alguien en la familia que haya tenido alguna de las enfermedades anteriores? (escriba la enfermedad junto al parentesco)

- ☐ Ojciec: ☐ Matka:
Padre: Madre:
- ☐ Rodzeństwo: ☐ Dzieci:
Hermanos: Hijos:
- ☐ Dziadek ze strony ojca: ☐ Babcia ze strony ojca:
Abuelo paterno: Abuela paterna:
- ☐ Dziadek ze strony matki: ☐ Babcia ze strony matki:
Abuelo materno: Abuela materna:

Sytuacja społeczna

Historia social

- CZY PRACUJESZ? ☐ Nie ☐ Tak
 ¿TRABAJA? *No Sí*
- CZY MASZ UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE? ☐ Nie ☐ Tak (napisz nazwę towarzystwa ubezpieczeniowego):
 ¿TIENE SEGURO MÉDICO? *No Sí (escriba el nombre de la empresa aseguradora):*
- CZY MASZ PROBLEMY Z KIMŚ Z TWOJEJ RODZINY? ☐ Nie ☐ Tak Czy ktoś Cię zaatakował, uderzył? ☐ Nie ☐ Tak
 ¿TIENE PROBLEMAS CON ALGUIEN DE LA FAMILIA? *No Sí ¿Le han agredido? No Sí*
- Czy przyjechałeś/przyjechałaś lub wyjeżdżałeś/wyjeżdżałaś za granicę w ostatnim roku? ☐ Nie ☐ Tak (wpisz kraj):
 ¿HA VIAJADO AL / DESDE EL EXTRANJERO EN EL ÚLTIMO AÑO? *No Sí (indique el país):*

- Uczulenia:** ☐ Nie ☐ Tak: _____
Alergias: *No Sí:*
- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ Skóra
<i>Piel</i> | ☐ Lekarstwa
<i>Medicinas</i> | ☐ Penicylina
<i>Penicilina</i> | ☐ Jod
<i>Yodo</i> |
| ☐ Astma
<i>Asma</i> | ☐ Inne
<i>Otras</i> | ☐ Aspiryna
<i>Aspirina</i> | ☐ Znieczulenie
<i>Anestesia</i> |

Szczepionki (wpisz w ramce, w jakim wieku otrzymałeś/otrzymałaś ostatnią szczepionkę):

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

- | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|
| ☐ Tęzec
<i>Tétanos</i> | ☐ Różyczka
<i>Rubéola</i> | ☐ Polio
<i>Poliomielitis</i> | ☐ Żółtaczka
<i>Hepatitis</i> | ☐ Gruźlica
<i>Tuberculosis</i> | ☐ Inne
<i>Otras</i> |
|--|---|--|--|--|---|

- Czy przyjmujesz jakieś lekarstwa? ☐ Nie ☐ Tak (Jeśli możesz zapisz lepiej podstawowy składnik lekarstwa, zamiast nazwy handlowej):
 ¿Toma medicinas? *No Sí (escriba, si es posible, los principios activos mejor que el nombre comercial):*
- Obecnie:
Actualmente:
- Inne w ciągu ostatniego roku:
Otras durante el último año:

Zaznacz krzyżykiem, czy zażywasz którąś z następujących substancji:

Señale con un aspa si es usted consumidor de:

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| ☐ Tytoń
<i>Tabaco</i> | ☐ Alkohol
<i>Alcohol</i> | ☐ Środki nasenne
<i>Somníferos</i> | ☐ Środki uspokajające
<i>Tranquilizantes</i> | ☐ Inne środki odurzające
<i>Otras drogas</i> |
|---|--|--|--|--|

Wypełnij, jeżeli jesteś kobietą:

Rellene lo siguiente si es usted mujer:

- | | |
|--|--|
| Data ostatniej miesiączki:
<i>Fecha en que comenzó la última menstruación:</i> | Co ile dni masz miesiączkę?:
<i>¿Cada cuántos días le viene la regla?:</i> |
| Ile dni trwa?:
<i>¿Cuántos días le dura?:</i> | Liczba ciąż:
<i>Número de embarazos:</i> |
| Komplikacje przy ciąży lub porodzie:
<i>Complicaciones en embarazos o partos:</i> | ☐ Nie ☐ Tak
<i>No Sí</i> |
| Czy stosujesz jakiś rodzaj antykoncepcji?
<i>¿Utiliza algún método anticonceptivo?:</i> | ☐ Nie ☐ Tak (wskaz jaki):
<i>No Sí (señale cuál):</i> |
| ☐ Prezerwatywy
<i>Preservativos</i> | ☐ Pigułki
<i>Pastillas</i> |
| ☐ Wkładka domaciczna
<i>Dispositivo intrauterino</i> | ☐ Podwiązanie jajowodów
<i>Ligadura de trompas</i> |
| | ☐ Aborcja
<i>Aborto provocado</i> |
| | ☐ Zastrzyki
<i>Inyectables</i> |
| | ☐ Wycięcie nasieniowodu
<i>Vasectomía</i> |

(Jeżeli chcesz skorzystać z któregoś z wymienionych środków, zakreśl kołem odpowiedni kwadrat)

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

LOKALIZACJA. Powody wizyty:**LOCALIZACIONES. Motivos de consulta:**

- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☐ Ostry stan chorobowy
<i>Enfermedad aguda</i> | ☐ Choroba chroniczna
<i>Enfermedad crónica</i> | ☐ Pierwsza wizyta
<i>Primera consulta</i> | ☐ Choroba zdiagnozowana już w tej przychodni
<i>Enfermedad vista antes en esta consulta</i> |
| ☐ Wypadek przy pracy
<i>Accidente laboral</i> | ☐ Inny wypadek
<i>Accidente no laboral</i> | ☐ Ból
<i>Dolor</i> | Gorączka: ☐ Wysoka ☐ Niska
<i>Fiebre: Alta Baja</i> |
| ☐ Zakażenie
<i>Infección</i> | ☐ Pocenie się
<i>Sudoración</i> | ☐ Drgawki
<i>Temblor</i> | ☐ Zmęczenie
<i>Cansancio</i> |
| ☐ Brak apetytu
<i>Falta de apetito</i> | ☐ Smutek
<i>Tristeza</i> | ☐ Zakłócenia snu
<i>Trastorno del sueño</i> | ☐ Chudnięcie
<i>Adelgazamiento</i> |
| ☐ Tycie
<i>Aumento de peso</i> | ☐ Swędzenie
<i>Picor</i> | ☐ Ukłucie
<i>Pinchazo</i> | ☐ Brak czucia
<i>Falta de sensibilidad</i> |
| ☐ Uczucie zimna
<i>Frío</i> | ☐ Uczucie gorąca / Rozpalenie
<i>Calor / Ardor</i> | ☐ Wysypka
<i>Erupciones</i> | ☐ Uszkodzenia skóry
<i>Lesiones en la piel</i> |
| ☐ Antykoncepcja
<i>Anticoncepción</i> | ☐ Badania laboratoryjne
<i>Análisis</i> | ☐ Rentgen
<i>Radiografía</i> | ☐ Pomoc psychologiczna
<i>Ayuda psicológica</i> |
| ☐ Pomoc społeczna
<i>Ayuda social</i> | ☐ Problemy seksualne
<i>Problema sexual</i> | ☐ Ciśnienie krwi
<i>Tensión arterial</i> | ☐ Problemy układu trawiennego
<i>Problema digestivo</i> |
| ☐ Problemy z płucami
<i>Problema pulmonar</i> | ☐ Serce
<i>Corazón</i> | ☐ Problem neurologiczny
<i>Problema neurológico</i> | ☐ Problemy systemu kostno-mięśniowego
<i>Problema osteomuscular</i> |
| ☐ Cukrzyca
<i>Diabetes</i> | ☐ Inne powody
<i>Otros motivos</i> | | |

Wypełnij tylko wtedy, kiedy choroba jest zlokalizowana w konkretnej części ciała:**Sólo si es una enfermedad localizada en alguna parte del cuerpo, rellene lo siguiente:**

- | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|--|--|
| GŁOWA:
CABEZA: | ☐ Ból
<i>Dolor</i> | ☐ Mdłości
<i>Mareo</i> | ☐ Zawroty głowy
<i>Vértigo</i> | ☐ Utrata przytomności
<i>Pérdida de conocimiento</i> |
| | ☐ Konwulsje
<i>Convulsiones</i> | ☐ Bezsenność
<i>Insomnio</i> | ☐ Senność
<i>Somnolencia</i> | |
| USZY:
OÍDOS: | ☐ Głuchota
<i>Sordera</i> | ☐ Dźwięki, szumy
<i>Ruidos</i> | ☐ Ból
<i>Dolor</i> | ☐ Wydzielina
<i>Supuración</i> |
| | | | | ☐ Krew
<i>Sangre</i> |
| OCZY:
OJOS: | ☐ Widzę źle z bliska
<i>Veo mal de cerca</i> | ☐ Widzę źle z daleka
<i>Veo mal de lejos</i> | ☐ Widzę podwójnie
<i>Veo doble</i> | ☐ Widzę światła
<i>Veo luces</i> |
| | ☐ Swędzenie
<i>Picor</i> | ☐ Uczucie piasku w oczach
<i>Sensación de arena</i> | ☐ Wydzielina
<i>Supuración</i> | ☐ Łzawienie
<i>Lagrimo</i> |
| JAMA USTNA:
BOCA: | ☐ Ból zębów trzonowych
<i>Dolor de muelas</i> | ☐ Ból zębów przednich
<i>Dolor de dientes</i> | ☐ Wysypka
<i>Erupción</i> | ☐ Opuchnięcie
<i>Hinchazón</i> |
| | ☐ Pragnienie
<i>Sed</i> | ☐ Pieczenie
<i>Quemazón</i> | ☐ Nieświeży oddech
<i>Mal aliento</i> | |
| NOS:
NARIZ: | ☐ Zatkanie
<i>Obstrucción</i> | ☐ Katar
<i>Moqueo</i> | ☐ Krwawienie
<i>Sangrado</i> | ☐ Zaburzenie węchu
<i>Alteración del olfato</i> |
| GARDŁO / SZYJA:
GARGANTA / CUELLO: | ☐ Guzy / Zwoje
<i>Bultos / Ganglios</i> | ☐ Wole
<i>Bocio</i> | ☐ Zanik głosu
<i>Afonía</i> | ☐ Zaburzenia głosu
<i>Alteración de la voz</i> |
| | Ból przy przełykaniu:
<i>Molestias al tragar:</i> | ☐ Zawsze
<i>Siempre</i> | ☐ Tylko przy pokarmach niepłynnych
<i>Sólo con sólidos</i> | |
| PŁUCA:
PULMONES: | Kaszel:
<i>Tos:</i> | ☐ Podrażnieniowy
<i>Por irritación</i> | ☐ Nieproduktywny
<i>Sin moco</i> | ☐ Ze śluzem
<i>Con moco</i> |
| | Wykrztusiny:
<i>Expectoración:</i> | ☐ Kolor jasny
<i>Color claro</i> | ☐ Kolor ciemny
<i>Color oscuro</i> | ☐ Z krwią
<i>Con sangre</i> |
| | Brak powietrza:
<i>Falta de aire:</i> | ☐ Nocą
<i>Nocturna</i> | ☐ W pozycji leżącej
<i>Acostado</i> | ☐ Przy wysiłku fizycznym
<i>Con ejercicio</i> |
| | Ból:
<i>Dolor:</i> | ☐ Przy oddychaniu
<i>Con la respiración</i> | ☐ Podczas ruchu
<i>Con el movimiento</i> | ☐ Zawsze
<i>Continua</i> |
| | ☐ Gwizdy
<i>Silbidos</i> | ☐ Odgłosy przy oddychaniu
<i>Ruidos al respirar</i> | | ☐ Przy kaszlu
<i>Con la tos</i> |

SERCE: CORAZÓN:	Bicie serca: Latidos:	☐ Bije szybko Late deprisa:	☐ Zawsze Siempre	☐ Czasami A ratos	☐ Przy wysiłku Con el esfuerzo	☐ W nocy De noche
		☐ Bije wolno Late despacio	☐ Palpitacje Palpitaciones	☐ Brak oznak życia Falta de vida		
	Ból: Dolor:	☐ Przy wysiłku Con el esfuerzo	☐ W stanie spoczynku En reposo	☐ Przechodzi do ramienia Se extiende al brazo		
BRZUCH: ABDOMEN:	Gdzie? ¿Dónde?					
	☐ Ból / Pieczenie: Dolor / Ardor:	☐ Stały Continuo	☐ Okresowy Intermitente	☐ Pogorszenie przy jedzeniu Empeora al comer	☐ Ulga przy jedzeniu Se alivia al comer	
	☐ Nudności / Wymioty: Nauseas / Vómitos:	☐ Pokarmy Alimentos	☐ Krew Sangre	☐ Osady, jak z kawy Posos como de café		
	☐ Kał: Heces:	☐ Zatwardzenie Estreñimiento	☐ Rozwolnienie Diarrea	☐ Ze śluzem Con moco	☐ Z krwią Con sangre	☐ Z pasożytami Con gusanos
		Kolor: Color:	☐ Normalny Normal	☐ Biały Blancas	☐ Czarny Negras	
PĘCHERZ: VEJIGA:	☐ Ból przy oddawaniu moczu Dolor al orinar	☐ Częste oddawanie moczu: Orino muchas veces:	☐ W ciągu dnia Durante el día	☐ W nocy Por la noche		
	☐ Mocz z krwią Orino sangre	☐ Nie trzymanie moczu: Se me escapa la orina:	☐ Bezwiedne Sin querer	☐ Przy wysiłku Con el esfuerzo		
	☐ Mocz bardzo ciemny Orino muy oscuro	☐ Oddaję mocz z małym natężeniem strumienia Orino con menos fuerza de chorro	☐ Oddaję mało moczu Orino poco			
NARZĄDY ROZRODCZE: GENITALES:	Mężczyźni: Hombres:	☐ Zmiany w moczu Alteraciones en orina	☐ Zmiany penisa: Alteraciones en el pene:	☐ Wydzielina Secreción	☐ Uszkodzenie Lesión	☐ Podrażnienie Irritación
		☐ Zaburzenia wzwodu: Trastornos de la erección:	☐ Nie mam wytrysku nasienia No eyaculo	☐ Nie mam wzwodu No tengo erección	☐ Odchylenie Se me desvía	
			☐ Odczuwam ból Tengo dolor	☐ Mam wytrysk bardzo szybko Suelto el semen muy pronto		
	Kobiety: Mujeres:	☐ Zmiany w moczu Alteraciones en orina				
	Uplawy: Flujo:	☐ Normalne Normal	☐ Zmiany: Alterado:	☐ Kolor Color	☐ Ilość Cantidad	☐ Swędzenie sromu Picor en la vulva
	Miesiączka: Regla:	Data ostatniej miesiączki: Fecha de la última regla:	Wiek, w którym pojawiła się miesiączka: Edad de la primera regla:			
	☐ Normalna Normal	☐ Mam zaburzenia: Tengo alteraciones:	☐ Opóźnianie się Retraso	☐ Przyspieszanie się Adelanto	☐ Krwawienie pomiędzy miesiączkami Sangrado a mitad de la regla	
		☐ Bóle menstruacyjne Dolor en la regla	☐ Krwawię bardzo obficie Sangro más de lo normal	☐ Krwawię bardzo mało Sangro menos de lo normal		
		☐ Miesiączka trwa krótko. Ile dni?: Me dura pocos días. ¿Cuántos?:	☐ Miesiączka trwa długo. Ile dni?: Me dura muchos días. ¿Cuántos?:			
	Pożycie seksualne: Sexualidad:	☐ Nie mam orgazmów No tengo orgasmo	☐ Odczuwam ból przy stosunku Dolor en el coito			
		☐ Niski apetyt seksualny Poco apetito sexual	☐ Zostałam zgwałcona Me han violado			
	Menopauza: Menopausia:	W jakim wieku się pojawiła: Edad a la que apareció:				
		Mam następujące objawy: Tengo síntomas:	☐ Pocenie się Sudores	☐ Swędzenie pochwy Picor vaginal	☐ Problemy z układem kostnym Problemas en los huesos	
			☐ Plamienie krwią Mancho de sangre	☐ Duszności Sofocos		
Nogi: PIERNAS:	☐ Żylaki Varices	☐ Opuchnięcie w kostkach Hinchazón de tobillos	☐ Ból po chodzeniu Dolor después de caminar un rato			
	☐ Ociężałość Pesadez	☐ Skurcze Calambres	☐ Utrata czucia Pierdo sensibilidad			