

Заполните, пожалуйста, эту анкету прежде чем войти в кабинет врача и отдайте ее:

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

☐ Мне
A mí

☐ Врачу
Al médico

Имя и фамилия (латинским шрифтом):

Nombre y apellidos (en letras latinas):

Дата рождения:

День:

Месяц:

Год:

Fecha de nacimiento (calendario cristiano):

Día:

Mes:

Año:

Место проживания:

Телефон:

Domicilio:

Teléfono:

Национальность:

Страна жительства:

Nacionalidad:

País de donde proviene:

Сколько лет Вы живете в Испании:

☐ Меньше года
Menos de uno

☐ Больше одного года (укажите, сколько лет):
Más de uno (indique cuántos):

Años que lleva viviendo en España:

Симптомы, заставившие Вас обратиться к врачу

☐ Боль
Dolor

☐ Удар или ожог
Golpe o quemadura

☐ Воспаление
Infección

☐ Прочие
Otro

Síntoma que motivó la consulta

В КАКОМ МЕСТЕ?

Покажите стрелкой на фигуре

¿DÓNDE LO TIENE?

Marque el lugar en la figura con una flecha

КОГДА НАЧАЛОСЬ?

Меньше:

☐ Часа назад

☐ Дня назад

☐ Недели назад

☐ Месяца назад

☐ Года назад

¿CUÁNDO EMPEZÓ?

Menos de:

Una hora

Un día

Una semana

Un mes

Un año

Начало:

☐ Внезапное

☐ Постепенное

Inicio:

Súbito

Gradual

Периодичность:

С Вами такое уже происходило?

☐ Нет

☐ Да

PERIODICIDAD:

¿Le ha ocurrido más veces?

No

Sí

Развитие:

☐ Возрастает со временем

☐ Держится на одном уровне

☐ Приходит и уходит

PROGRESIÓN:

Aumenta con el tiempo

Se mantiene igual

Va y viene

Появляются ли это при каких-то определенных обстоятельствах?

☐ Нет
No

☐ Да (если да, то отметьте крестиком):
Sí (en caso afirmativo marque con un aspa a continuación):

¿LO ASOCIA A ALGO?

☐ При еде
Comidas

☐ При движении
Movimientos

☐ При физических упражнениях
Ejercicio

☐ Ночью
Noche

☐ Днем
Día

☐ При переживаниях
Emociones

☐ Прочие
Otro

Отягощено ли чем-либо?

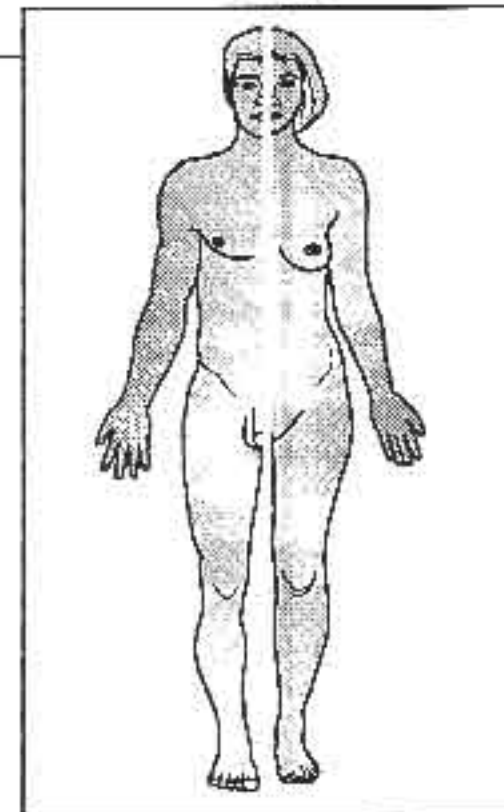
☐ Нет

☐ Да (если да, обведите в кружок, чем именно)

¿SE AGRAVA CON ALGO?

No

Sí (marque con un círculo las opciones anteriores)



Ранее перенесенные заболевания

Enfermedades previas

Операции. Когда Вы были прооперированы? (Укажите возраст в квадратике рядом с заболеванием):

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

☐ Катаракта
Cataratas

☐ Дефекты зрения
Vista

☐ Гайморит
Sinusitis

☐ Удаление миндалин
Amígdalas

☐ Зоб
Bocio

☐ Кисты
Quistes

☐ Легкие
Pulmón

☐ Сердце
Corazón

☐ Желудок
Estómago

☐ Кишечник
Intestino

☐ Гениталии
Órganos sexuales

☐ Желчный пузырь
Vesícula biliar

☐ Геморрой
Hemorroides

☐ Кесарево сечение
Cesárea

☐ Рак
Cáncer

Гистеректомия (удаление):
Histerectomía (vaciamiento):

☐ Матки
De matriz

☐ Яичников
De ovario

☐ Рука
Brazo

☐ Нога
Pierna

☐ Варикозные вены
Varices

☐ Прочие
Otras

УКАЖИТЕ В КВАДРАТИКЕ ЧИСЛО:

ESCRIBA EL NÚMERO DENTRO DEL CUADRADO:

Госпитализаций ☐
Ingresos en hospital

Возраст госпитализации ☐
¿Cuántos años tenía?

Причина госпитализации
¿Por qué motivo?

Отметьте крестиком, страдали ли Вы в прошлом или сейчас одним из этих заболеваний:

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

☐ Диабет
Diabetes

☐ Повышенное давление
Hipertensión

☐ Рак
Cáncer

☐ Язва желудка
Úlcera de estómago

☐ Длительная горячка
Fiebres prolongadas

☐ Повышенный уровень холестерина
Colesterol

☐ Анемия
Anemia

☐ Хронический бронхит
Bronquitis crónica

☐ Сердечно-сосудистые заболевания
Problemas de corazón

☐ Длительный понос
Diarreas prolongadas

Заразные заболевания:
Enfermedades contagiosas:

☐ Гепатит
Hepatitis

☐ СПИД
SIDA

☐ Туберкулез
Tuberculosis

☐ Прочие
Otras

В Вашей семье кто-либо страдал каким-то из перечисленных заболеваний? (укажите болезнь рядом со степенью родства)

¿Hay alguien en la familia que haya tenido alguna de las enfermedades anteriores? (escriba la enfermedad junto al parentesco)

- | | |
|--|--|
| ☐ Отец:
Padre: | ☐ Мать:
Madre: |
| ☐ Братья или сестры:
Hermanos: | ☐ Дети:
Hijos: |
| ☐ Дед с отцовской стороны:
Abuelo paterno: | ☐ Бабушка с отцовской стороны:
Abuela paterna: |
| ☐ Дед с материнской стороны:
Abuelo materno: | ☐ Бабушка с материнской стороны:
Abuela materna: |

Социальные данные:

Historia social

- Вы РАБОТАЕТЕ? ☐ Нет ☐ Да
¿TRABAJA? No Sí
- У Вас ЕСТЬ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА? ☐ Нет ☐ Да (укажите название страховой компании):
¿TIENE SEGURO MÉDICO? No Sí (escriba el nombre de la empresa aseguradora):
- У Вас ЕСТЬ ПРОБЛЕМЫ С КЕМ-ЛИБО ИЗ ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ? ☐ Нет ☐ Да Вы перенесли агрессию с чьей-либо стороны? ☐ Нет ☐ Да
¿TIENE PROBLEMAS CON ALGUIEN DE LA FAMILIA? No Sí ¿Le han agredido? No Sí
- Вы ездили за границу / вернулись из-за границы за последний год? ☐ Нет ☐ Да (укажите страну):
¿HA VIAJADO AL / DESDE EL EXTRANJERO EN EL ÚLTIMO AÑO? No Sí (indique el país):

- Аллергии:** ☐ Нет ☐ Да: ☐ Кожные высыпания ☐ На медикаменты ☐ На пенициллин ☐ На йод
Alergias: No Sí: Piel Medicinas Penicilina Yodo
- ☐ Астма ☐ Прочие ☐ На аспирин ☐ На анестезию
Asma Otras Aspirina Anestesia

Прививки (укажите в квадратике возраст последней вакцинации):

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

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|
| ☐ От столбняка
Tétanos | ☐ От кори
Rubéola | ☐ От полиомиелита
Poliomielitis | ☐ От гепатита
Hepatitis | ☐ От туберкулеза
Tuberculosis | ☐ Прочие
Otras |
|--|---|---|---|---|--|

Вы принимаете какие-либо лекарства? ☐ Нет ☐ Да (укажите, если можете, не коммерческое название, а основные компоненты):
¿Toma medicinas? No Sí (escriba, si es posible, los principios activos mejor que el nombre comercial):

В настоящий момент:
Actualmente:

Прочие за последний год:
Otras durante el último año:

Отметьте крестиком, потребляете ли Вы:

Señale con un aspa si es usted consumidor de:

- | | | | | |
|--|--|---|---|--|
| ☐ Табак
Tabaco | ☐ Алкоголь
Alcohol | ☐ Снотворные
Somníferos | ☐ Транквилизаторы
Tranquilizantes | ☐ Прочие наркотические средства
Otras drogas |
|--|--|---|---|--|

Для женщин:

Rellene lo siguiente si es usted mujer:

Дата начала последней менструации: Обычная периодичность менструации:
Fecha en que comenzó la última menstruación: ¿Cada cuántos días le viene la regla?:

Обычная продолжительность менструации: Число беременностей: Число аборт:
¿Cuántos días le dura?: Número de embarazos: Número de abortos:

Осложнения после беременности или родов: ☐ Нет ☐ Да
Complicaciones en embarazos o partos: No Sí

Пользуетесь ли Вы противозачаточными средствами? ☐ Нет ☐ Да (укажите, какими): ☐ Таблетки ☐ Инъекции
¿Utiliza algún método anticonceptivo? No Sí (señale cuál): Pastillas Inyectables

☐ Презервативы ☐ Перевязка труб ☐ Вазектомия
Preservativos Ligadura de trompas Vasectomía

☐ Внутриматочная спираль ☐Abortивные средства
Dispositivo intrauterino Aborto provocado

(Если Вы желаете воспользоваться каким-то из этих средств, обведите квадратик кружком)
(Si desea utilizar alguno, rodee el cuadrado con un círculo)

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПРОБЛЕМЫ Причина консультации:**LOCALIZACIONES. Motivos de consulta:**

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Острое заболевание
<i>Enfermedad aguda</i> | ☐ Хроническое заболевание
<i>Enfermedad crónica</i> | ☐ Первое посещение врача
<i>Primera consulta</i> | ☐ Заболевание, диагностированное ранее
<i>Enfermedad vista antes en esta consulta</i> |
| ☐ несчастный случай на работе
<i>Accidente laboral</i> | ☐ Прочие несчастные случаи
<i>Accidente no laboral</i> | ☐ Боль
<i>Dolor</i> | Температура: ☐ Высокая ☐ Низкая
<i>Fiebre: Alta Baja</i> |
| ☐ Воспаление
<i>Infección</i> | ☐ Потение
<i>Sudoración</i> | ☐ Дрожь
<i>Temblor</i> | ☐ Слабость
<i>Cansancio</i> |
| ☐ Отсутствие аппетита
<i>Falta de apetito</i> | ☐ Подавленность
<i>Tristeza</i> | ☐ Расстройства сна
<i>Trastorno del sueño</i> | ☐ Потеря веса
<i>Adelgazamiento</i> |
| ☐ Набор веса
<i>Aumento de peso</i> | ☐ Зуд
<i>Picor</i> | ☐ Колющая боль
<i>Pinchazo</i> | ☐ Онемение
<i>Falta de sensibilidad</i> |
| ☐ Холод
<i>Frío</i> | ☐ Жар / жжение
<i>Calor / Ardor</i> | ☐ Сыпь
<i>Erupciones</i> | ☐ Повреждения кожи
<i>Lesiones en la piel</i> |
| ☐ Противозачаточные меры
<i>Anticoncepción</i> | ☐ Анализы
<i>Análisis</i> | ☐ Рентген
<i>Radiografía</i> | ☐ Психологическая помощь
<i>Ayuda psicológica</i> |
| ☐ Социальная помощь
<i>Ayuda social</i> | ☐ Сексуальная проблема
<i>Problema sexual</i> | ☐ Артериальное давление
<i>Tensión arterial</i> | ☐ Проблемы пищеварительного тракта
<i>Problema digestivo</i> |
| ☐ Проблемы с легкими
<i>Problema pulmonar</i> | ☐ Сердце
<i>Corazón</i> | ☐ Неврологические проблемы
<i>Problema neurológico</i> | ☐ Проблемы опорно-двигательного аппарата
<i>Problema osteomuscular</i> |
| ☐ Диабет
<i>Diabetes</i> | ☐ Иные причины
<i>Otros motivos</i> | | |

Этот раздел следует заполнять только если проблема сосредоточена в определенной части тела:

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

- | | | | | |
|---|--|---|---|--|
| Голова:
<i>CABEZA:</i> | ☐ Боль
<i>Dolor</i> | ☐ Тошнота
<i>Mareo</i> | ☐ Головокружение
<i>Vértigo</i> | ☐ Потеря сознания
<i>Pérdida de conocimiento</i> |
| | ☐ Судороги
<i>Convulsiones</i> | ☐ Бессонница
<i>Insomnio</i> | ☐ Сонливость
<i>Somnolencia</i> | |
| Уши:
<i>OÍDOS:</i> | ☐ Глухота
<i>Sordera</i> | ☐ Шум
<i>Ruidos</i> | ☐ Боль
<i>Dolor</i> | ☐ Выделения
<i>Supuración</i> |
| | | | | ☐ Кровотечение
<i>Sangre</i> |
| Глаза:
<i>OJOS:</i> | ☐ Дальнозоркость
<i>Veo mal de cerca</i> | ☐ Близорукость
<i>Veo mal de lejos</i> | ☐ Двоится в глазах
<i>Veo doble</i> | ☐ Вижу блики
<i>Veo luces</i> |
| | ☐ Жжение
<i>Picor</i> | ☐ Ощущение песка в глазах
<i>Sensación de arena</i> | ☐ Гнойные выделения
<i>Supuración</i> | ☐ Слезятся глаза
<i>Lagrimo</i> |
| Полость рта:
<i>BOCA:</i> | ☐ Зубная боль (коренные зубы)
<i>Dolor de muelas</i> | ☐ Зубная боль (передние зубы)
<i>Dolor de dientes</i> | ☐ Сыпь
<i>Erupción</i> | ☐ Припухлость
<i>Hinchazón</i> |
| | ☐ Сухость во рту
<i>Sed</i> | ☐ Жжение
<i>Quemazón</i> | ☐ Дурной запах изо рта
<i>Mal aliento</i> | |
| Нос:
<i>NAZAL:</i> | ☐ Заложен
<i>Obstrucción</i> | ☐ Насморк
<i>Moqueo</i> | ☐ Кровотечение
<i>Sangrado</i> | ☐ Расстройства обоняния
<i>Alteración del olfato</i> |
| Горло / Шея:
<i>GARGANTA / CUELLO:</i> | ☐ Опухоли / Увеличенные лимфоузлы
<i>Bultos / Ganglios</i> | ☐ Зоб
<i>Bocio</i> | ☐ Потеря голоса
<i>Afonía</i> | ☐ Проблемы с голосом
<i>Alteración de la voz</i> |
| | Трудно глотать:
<i>Molestias al tragar:</i> | ☐ Всегда
<i>Siempre</i> | ☐ Только твердую пищу
<i>Sólo con sólidos</i> | |
| Легкие:
<i>PULMONES:</i> | Кашель:
<i>Tos:</i> | ☐ Першение в горле
<i>Por irritación</i> | ☐ Сухой кашель
<i>Sin moco</i> | ☐ Отхаркивающий кашель
<i>Con moco</i> |
| | Мокрота:
<i>Expectoración:</i> | ☐ Светлая
<i>Color claro</i> | ☐ Темная
<i>Color oscuro</i> | ☐ С кровью
<i>Con sangre</i> |
| | Удушье:
<i>Falta de aire:</i> | ☐ По ночам
<i>Nocturna</i> | ☐ В лежачем положении
<i>Acostado</i> | ☐ При физическом усилии
<i>Con ejercicio</i> |
| | Боль:
<i>Dolor:</i> | ☐ При дыхании
<i>Con la respiración</i> | ☐ При движении
<i>Con el movimiento</i> | ☐ Постоянное
<i>Continua</i> |
| | ☐ Свистящее дыхание
<i>Silbidos</i> | ☐ Шумы при дыхании
<i>Ruidos al respirar</i> | | ☐ При кашле
<i>Con la tos</i> |

СЕРДЦЕ: Сердцебиение: ☐ Учащенное сердцебиение: ☐ Постоянно ☐ Временами ☐ При физическом усилии ☐ По ночам
 CORAZÓN: Latidos: Late deprisa: Siempre A ratos Con el esfuerzo De noche

☐ Замедленное сердцебиение ☐ Пальпитация ☐ Ощущение замирания сердца
 Late despacio Palpitaciones Falta de vida

Боль: ☐ При физическом усилии ☐ В состоянии покоя ☐ Распространяется на руку
 Dolor: Con el esfuerzo En reposo Se extiende al brazo

Брюшная полость Где именно?

ABDOMEN: ¿Dónde?

☐ Боль / Изжога: ☐ Постоянная ☐ Периодическая ☐ Усиливается при приеме пищи ☐ Снимается при приеме пищи
 Dolor / Ardor: Continuo Intermitente Empeora al comer Se alivia al comer

☐ Тошнота / Рвота: ☐ Рвотная масса с пищей ☐ Рвотная масса с кровью ☐ Рвотная масса с осадком типа кофейной гущи
 Náuseas / Vómitos: Alimentos Sangre Posos como de café

☐ Кал: ☐ Запор ☐ Понос ☐ Со слизью ☐ С кровью ☐ С глистами
 Heces: Estreñimiento Diarrea Con moco Con sangre Con gusanos

Цвет кала: ☐ Нормальный ☐ Белый ☐ Черный
 Color: Normal Blancas Negras

МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ: ☐ Боль при мочеиспускании ☐ Учащенное мочеиспускание: ☐ В течение дня ☐ По ночам
 VESIGA: Dolor al orinar Orino muchas veces: Durante el día Por la noche

☐ Кровь в моче ☐ Недержание мочи: ☐ Самопроизвольное ☐ При физическом усилии
 Orino sangre Se me escapa la orina: Sin querer Con el esfuerzo

☐ Очень темная моча ☐ Мочеиспускание слабой струйкой ☐ Скудное мочеиспускание
 Orino muy oscuro Orino con menos fuerza de chorro Orino poco

ГЕНИТАЛИИ: Для мужчин: ☐ Нарушения мочеиспускания
 GENITALES: Hombres: Alteraciones en orina

☐ Проблемы с пенисом: ☐ Выделения ☐ Повреждения ☐ Раздражение
 Alteraciones en el pene: Secreción Lesión Irritación

☐ Расстройства эрекции: ☐ Отсутствие эякуляции ☐ Отсутствие эрекции ☐ Отклонение в сторону
 Trastornos de la erección: No eyaculo No tengo erección Se me desvía

☐ Боль ☐ Преждевременная эякуляция
 Tengo dolor Suelto el semen muy pronto

Для женщин: ☐ Расстройства мочеиспускания
 Mujeres: Alteraciones en orina

Бели: ☐ Обычные ☐ С отклонениями: ☐ Цвет ☐ Количество ☐ Зуд наружных половых органов
 Flujo: Normal Alterado: Color Cantidad Picor en la vulva

Менструации: Дата последней менструации: Возраст первой менструации:
 Regla: Fecha de la última regla: Edad de la primera regla:

☐ Нормальные менструации ☐ С нарушениями: ☐ Задержка ☐ Опережение ☐ Кровь между менструациями
 Normal Tengo alteraciones: Retraso Adelanto Sangrado a mitad de la regla

☐ Болезненные менструации ☐ Кровотечение сильнее обычного ☐ Кровотечение слабее обычного
 Dolor en la regla Sangro más de lo normal Sangro menos de lo normal

☐ Короткая менструация. Сколько дней? ☐ Длительная менструация. Сколько дней?
 Me dura pocos días. ¿Cuántos?: Me dura muchos días. ¿Cuántos?:

Сексуальная функция: ☐ Отсутствие оргазма ☐ Болезненный половой акт
 Sexualidad: No tengo orgasmo Dolor en el coito

☐ Отсутствие сексуального аппетита ☐ Я стала жертвой изнасилования
 Poco apetito sexual Me han violado

Климакс: Возраст начала климакса:
 Menopausia: Edad a la que apareció:

Симптомы сейчас: ☐ Испарина ☐ Влагалищный зуд ☐ Костные проблемы
 Tengo síntomas: Sudores Picor vaginal Problemas en los huesos

☐ Кровянистые выделения ☐ Ощущение удушья
 Mancho de sangre Sofocos

Ноги: ☐ Варикозные вены ☐ Отечность щиколоток ☐ Боль после хождения пешком
 PIERNAS: Varices Hinchazón de tobillos Dolor después de caminar un rato

☐ Ощущение тяжести ☐ Судороги ☐ Потеря чувствительности
 Pesadez Calambres Pierdo sensibilidad