



PAÍS DE ORIGEN/ 所属国: _____ EDAD/ 年龄 _____ años/ 岁

FECHA/ 日期: _____

ANTECEDENTES 基本情况:

- 1 ¿Cuánto tiempo lleva en España?
1 您来西班牙多久了?
1.1 Menos de 6 meses
1.1 不到6个月
1.2 Menos de 1 año
1.2 不到1年
1.3 Más de 1 año
1.3 1年多
1.4 Más de 3 años
1.4 3年多
- 2 ¿Cuándo estuvo en su país por última vez?
2 您最近什么时候回过国?
2.1 Menos de 6 meses
2.1 不到6个月前
2.2 Menos de 1 año
2.2 不到1年前
2.3 Más de 1 año
2.3 1年多前
2.4 Más de 3 años
2.4 3年多前
- 3 ¿En qué trabaja?
3 您做何类工作?
3.1 Agricultura
3.1 农业
3.2 Invernadero
3.2 温室
3.3 Construcción
3.3 建筑
3.4 Otro
3.4 其它
- 4 ¿Con quien vive?
4 您和谁一起生活?
4.1 Solo
4.1 单独
4.2 Con familia
4.2 和亲属
4.3 Con compañeros
4.3 和伙伴
- 5 ¿Es usted diabético? SI NO
5 您是否有糖尿病? 是 否
- 6 ¿Es usted hipertenso? SI NO
6 您是否有高血压? 是 否
- 7 ¿Ha tenido o tiene problemas en los pulmones? SI NO
7 您是否得过或正患有肺病? 是 否
- 8 ¿Ha tenido o tiene problemas de corazón? SI NO
8 您是否得过或正患有心脏病? 是 否
- 9 ¿Ha tenido o tiene problemas de riñón? SI NO
9 您是否得过或正患有肾脏病? 是 否
- 10 ¿Ha tenido o tiene problemas de estomago? SI NO
10 您是否得过或正患有胃病? 是 否
- 11 ¿Ha sido diagnosticado previamente de alguna otra enfermedad? SI NO ¿Cuál?
11 您是否已被诊断患有其它疾病? 是 否 哪种?
- 12 ¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento? SI NO
12 您是否对某些药物或食物过敏? 是 否

- 13 ¿A cuáles?
13 具体有哪些?
- 14 ¿Está tomando ahora algún medicamento? SI NO
14 您现在是否正服用药物? 是 否
- 15 ¿Cuáles?
15 哪些药物?
- 16 ¿Fuma usted? SI NO
16 您是否吸烟? 是 否
- 17 N° de cigarrillos / día
17 每天吸烟枝数
- 18 ¿Es bebedor? SI NO
18 您是否喝酒? 是 否
- 19 ¿Toma alguna otra droga?
19 您是否吸毒?
- 20 ¿Cuál?
20 哪种?
- 21 ¿Ha estado ingresado alguna vez en un hospital? SI NO
21 您是否曾经住院? 是 否
- 22 ¿Ha sido intervenido alguna vez quirúrgicamente? SI NO
22 您是否曾接受外科手术? 是 否
- 23 ¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre? SI NO
23 您是否曾接受输血? 是 否
- 24 ¿Tiene puesta alguna vacuna? SI NO
24 您是否打过防疫针? 是 否
如果打过请出示证明文件

MUJER 妇女

- 25 ¿Está usted embarazada? SI NO
25 您是否怀孕了? 是 否
- 26 ¿Está dando el pecho? SI NO
26 您是否正在哺乳? 是 否
- 27 ¿Utiliza algún método anticonceptivo? SI NO
27 您是否在采用避孕措施? 是 否
- 28 ¿Cuál?
28 哪种?
- 29 ¿Cuándo tuvo la última menstruación?
29 您最后一次月经是哪天?

ANAMNESIS

DOLOR EN GENERAL 疼痛

- 30 Señálese dónde le duele
30 请指出哪里疼痛
- 31 Señálese si el dolor le va hacia otra parte
31 请指出是否感到疼痛向其它地方扩展?
- 32 ¿Cuánto tiempo hace que tiene dolor?
32 您感到疼痛有多长时间了?
- 33 Desde hacehorasdíassemanasmeses
33 已经有.....小时.....天.....周.....月
- 34 ¿El dolor ha aparecido de pronto? SI NO
34 疼痛是否突然开始? 是 否
- 35 ¿El dolor ha aparecido poco a poco? SI NO
35 疼痛是否逐渐开始? 是 否
- 36 ¿Ha tenido otras veces el mismo dolor? SI NO
36 您是否过去曾感到同样的疼痛? 是 否

DOLOR DE CABEZA PERSISTENTE

长期头痛

- 37 ¿El dolor le dura todo el día? SI NO
37 您是否全天感到头痛? 是 否

- 38 ¿Le calma el dolor con analgésicos? SI NO
 38 止痛药物对您是否有效? 是 否
 39 ¿Le despierta el dolor por la noche? SI NO
 39 您是否会因疼痛夜里痛醒? 是 否
 40 ¿Vomita con el dolor? SI NO
 40 您疼痛时是否呕吐? 是 否
 41 ¿Tiene fiebre? SI NO
 41 您是否发烧? 是 否

DOLOR DE HUESOS Y ARTICULACIONES

骨头和关节疼痛

- 42 ¿Mejora el dolor con el reposo? SI NO
 42 您是否休息后疼痛会减轻? 是 否
 43 ¿Duele más cuando se mueve? SI NO
 43 您动的时候是否疼痛加剧? 是 否
 44 ¿Ha tenido algún golpe en el lugar donde le duele? SI NO
 44 您疼痛的地方是否受过碰撞? 是 否
 45 ¿Le dura el dolor todo el día? SI NO
 45 您的疼痛是否整天持续? 是 否
 46 ¿Ha tenido fiebre? SI NO
 46 您是否曾经发烧? 是 否

DOLOR DE PECHO 胸痛

- 47 Cuando apareció el dolor, ¿estaba en reposo? SI NO
 47 您是否在睡觉时感到疼痛? 是 否
 48 ¿O haciendo algún esfuerzo? SI NO
 48 还是在用力时感到疼痛? 是 否
 49 ¿Aumenta el dolor al toser / respirar / moverse? SI NO
 49 咳嗽、呼吸或移动时是否疼痛加剧? 是 否
 50 ¿Le disminuye el dolor de alguna manera? SI NO
 50 您的疼痛是否有办法减轻? 是 否
 51 ¿Cuando le da el dolor tiene vómitos o sudor frío? SI NO
 51 您感到疼痛时是否会呕吐或出冷汗? 是 否

DOLOR DE ABDOMINAL 肚子痛

- 52 ¿Hay algo que le aumente el dolor? SI NO
 52 疼痛是否因某些原因而加剧? 是 否
 53 ¿El dolor aumenta o disminuye con las comidas? SI NO
 53 饭后疼痛会增加还是减轻? 增加.....减轻.....

- 54 ¿Tiene también vómitos? SI NO
 54 您是否会呕吐? 是 否
 55 ¿Diarrea? SI NO
 55 您是否拉稀? 是 否
 56 ¿Estreñimiento? SI NO
 56 您是否便秘? 是 否
 57 ¿Sangre en heces? SI NO
 57 您大便是否带血? 是 否

TOS 咳嗽

- 58 ¿Fiebre? SI NO
 58 您是否发烧? 是 否
 59 ¿Cuánto tiempo lleva con la tos? SI NO
 59 您咳嗽多久了?天.....周.....月
 60 ¿Cuándo tose más? SI NO
 60 您什么时候咳嗽更重? 早上.....晚上.....全天.....
 61 Cuando tose, ¿expulsa mocos? SI NO
 61 您咳嗽时是否有痰? 是 否
 62 ¿Espesos? SI NO
 62 痰是否很浓? 是 否
 63 ¿Con sangre? SI NO
 63 痰是否带血? 是 否

UROGENITAL 泌尿生殖

- 64 ¿Le quema al orinar? SI NO
 64 您小便时是否感到烧热? 是 否
 65 ¿Orina muchas veces? SI NO
 65 您是否尿频? 是 否
 66 Color:clarooscurosangre
 66 尿颜色:淡色.....深色.....带血
 67 ¿Le pican los genitales? SI NO
 67 您生殖器部位是否感到痒? 是 否
 68 ¿Le duelen los genitales? Pene, uretra, labios, vagina SI NO
 68 您生殖器是否疼痛? 阴茎, 阴囊, 阴唇, 阴道 是 否
 69 ¿Le sale algún líquido por los genitales? SI NO
 69 您生殖器里是否有某些液体流出? 是 否

OBSTETRICIA 产科

- 70 ¿Tiene hijos? SI NO
 70 您是否有孩子? 是 否
 Cuántos.....
 71 ¿Ha abortado alguna vez? SI NO
 71 您是否曾经流产? 是 否
 72 Número de abortos.....
 72 流产总数.....
 73 ¿Está sangrando? SI NO
 73 您是否有出血? 是 否
 74 ¿Desde cuándo?
 74 出血有多久了?.....

GENERAL 一般情况

- 75 ¿Está mareado? SI NO
 75 您是否感到恶心? 是 否
 76 ¿Ha perdido el conocimiento? SI NO
 76 您是否曾昏迷? 是 否
 77 ¿Ve bien? SI NO
 77 您看东西是否清楚? 是 否
 78 ¿Oye bien? SI NO
 78 您听觉是否良好? 是 否
 79 ¿Tiene apetito? SI NO
 79 您是否有食欲? 是 否
 80 ¿Se encuentra demasiado cansado? SI NO
 80 您是否感到非常疲劳? 是 否
 81 ¿Duerme bien? SI NO
 81 您是否睡眠正常? 是 否
 82 ¿Tiene ganas de llorar? SI NO
 82 您是否想哭? 是 否

INDICACIONES 医生说明

- 83 Le vamos a hacer un análisis de orina
 83 我们将对您化验小便
 84 Le vamos a hacer un análisis de sangre
 84 我们将对您化验血
 85 Le vamos a hacer una radiografía
 85 我们将对您透视检查
 86 Le vamos a hacer un electrocardiograma
 86 我们将对您进行心电图检查
 87 Le vamos a poner una inyección
 87 我们将对您进行注射
 88 Tiene que ir al hospital
 88 您应该去医院
 89 Tiene que ir a admisión
 89 您应该找住院处
 90 Tiene que ir a enfermería
 90 您应该找护理处
 91 Tiene que ir a la trabajadora social
 91 您应该找社会工作人员.