

PAÍS DE ORIGEN/COUNTRY OF ORIGIN \_\_\_\_\_ EDAD/AGE \_\_\_\_\_ años/years  
FECHA/DATE \_\_\_\_\_**ANTECEDENTES BACKGROUND**

- 1 ¿Cuánto tiempo lleva en España?  
1 For how long have you been living in Spain?
- 1.1 Menos de 6 meses  
1.1 For less than 6 months
- 1.2 Menos de 1 año  
1.2 For less than 1 year
- 1.3 Más de 1 año  
1.3 For more than 1 year
- 1.4 Más de 3 años  
1.4 For more than 3 years
- 2 ¿Cuándo estuvo en su país por última vez?  
2 When were you in your country for the last time?
- 2.1 Menos de 6 meses  
2.1 Less than 6 months ago
- 2.2 Menos de 1 año  
2.2 Less than 1 year ago
- 2.3 Más de 1 año  
2.3 More than 1 year ago
- 2.4 Más de 3 años  
2.4 More than three years ago
- 3 ¿En qué trabaja?  
3 Where do you work?
- 3.1 Agricultura  
3.1 Agriculture
- 3.2 Invernadero  
3.2 Greenhouse
- 3.3 Construcción  
3.3 Construction
- 3.4 Otro  
3.4 Other
- 4 ¿Con quien vive?  
4 Who do you live with?
- 4.1 Solo  
4.1 Alone by yourself
- 4.2 Con familia  
4.2 With your family
- 4.3 Con compañeros  
4.3 With mates
- 5 ¿Es usted diabético? SI NO  
5 Are you diabetic? YES NO
- 6 ¿Es usted hipertenso? SI NO  
6 Do you suffer from high blood pressure? YES NO
- 7 ¿Ha tenido o tiene problemas en los pulmones? SI NO  
7 Do you have or have had problems with your lungs? YES NO
- 8 ¿Ha tenido o tiene problemas de corazón? SI NO  
8 Do you have or have had heart diseases? YES NO
- 9 ¿Ha tenido o tiene problemas de riñón? SI NO  
9 Do you have or have had kidney problems? YES NO
- 10 ¿Ha tenido o tiene problemas de estomago? SI NO  
10 Do you have or have had stomach problems? YES NO
- 11 ¿Ha sido diagnosticado previamente de alguna otra enfermedad?  
SI NO ¿Cuál?  
11 Have you previously received a diagnosis of any other illness?  
YES NO Which one?
- 12 ¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento? SI NO  
12 Are you allergic to any medicine or food? YES NO

- 13 ¿A cuáles?  
13 Which one?
- 14 ¿Está tomando ahora algún medicamento? SI NO  
14 Are you currently taking any medicine? YES NO
- 15 ¿Cuáles?  
15 Which one?
- 16 ¿Fuma usted? SI NO  
16 Do you smoke? YES NO
- 17 N° de cigarrillos / día  
17 No. of cigarettes / day
- 18 ¿Es bebedor? SI NO  
18 Do you drink? YES NO
- 19 ¿Toma alguna otra droga?  
19 Do you take other drugs?
- 20 ¿Cuál?  
20 Which one?
- 21 ¿Ha estado ingresado alguna vez en un hospital? SI NO  
21 Have you ever been admitted to hospital? YES NO
- 22 ¿Ha sido intervenido alguna vez quirúrgicamente? SI NO  
22 Have you ever undergone any surgical procedure? YES NO
- 23 ¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre? SI NO  
23 Have you ever received a blood transfusion? YES NO
- 24 ¿Tiene puesta alguna vacuna? SI NO  
24 Have you recently been vaccinated? YES NO  
En caso afirmativo aporte la documentación que lo acredite  
If the answer is yes, please submit the relevant documentation

**MUJER WOMAN**

- 25 ¿Está usted embarazada? SI NO  
25 Are you pregnant? YES NO
- 26 ¿Está dando el pecho? SI NO  
26 Are you breast-feeding? YES NO
- 27 ¿Utiliza algún método anticonceptivo? SI NO  
27 Are you using any contraceptive method? YES NO
- 28 ¿Cuál?  
28 Which one?
- 29 ¿Cuándo tuvo la última menstruación? .....  
29 When did you have your last menstruation? .....

**ANAMNESIS ANAMNESIS****DOLOR EN GENERAL GENERAL PAIN**

- 30 Señálese dónde le duele  
30 Point the area that hurts
- 31 Señálese si el dolor le va hacia otra parte  
31 Point the area where the pain goes to
- 32 ¿Cuánto tiempo hace que tiene dolor?  
32 For how long have you been suffering from this pain?
- 33 Desde hace .....horas .....días .....semanas .....meses  
33 For.....hours, ..... days, .....weeks, .....months
- 34 ¿El dolor ha aparecido de pronto? SI NO  
34 Did the pain appear suddenly? YES NO
- 35 ¿El dolor ha aparecido poco a poco? SI NO  
35 Has the pain appeared bit by bit? YES NO
- 36 ¿Ha tenido otras veces el mismo dolor? SI NO  
36 Have you ever had the same pain before? YES NO

**DOLOR DE CABEZA PERSISTENTE****PERSISTENT HEADACHE**

- 37 ¿El dolor le dura todo el día? SI NO  
37 Does the pain last the whole day? YES NO

38 ¿Le calma el dolor con analgésicos?	SI	NO
38 Does the pain decrease with painkillers?	YES	NO
39 ¿Le despierta el dolor por la noche?	SI	NO
39 Does the pain awake you during the night?	YES	NO
40 ¿Vomita con el dolor?	SI	NO
40 Do you vomit because of the pain?	YES	NO
41 ¿Tiene fiebre?	SI	NO
41 Do you have fever?	YES	NO

**DOLOR DE HUESOS Y ARTICULACIONES**

**BONE AND JOINT PAIN**

42 ¿Mejora el dolor con el reposo?	SI	NO
42 Does the pain decrease at rest?	YES	NO
43 ¿Duele más cuando se mueve?	SI	NO
43 Does it hurt you more when you move?	YES	NO
44 ¿Ha tenido algún golpe en el lugar donde le duele?	SI	NO
44 Have you had any blow where it hurts you?	YES	NO
45 ¿Le dura el dolor todo el día?	SI	NO
45 Does the pain last the whole day?	YES	NO
46 ¿Ha tenido fiebre?	SI	NO
46 Have you had fever?	YES	NO

**DOLOR DE PECHO CHEST ACHE**

47 Cuando apareció el dolor, ¿estaba en reposo?	SI	NO
47 When the pain appeared, were you at rest?	YES	NO
48 ¿O haciendo algún esfuerzo?	SI	NO
48 or were you making an effort?	YES	NO
49 ¿Aumenta el dolor al toser / respirar / moverse?	SI	NO
49 Does the pain increase when you cough / breathe / move?	YES	NO
50 ¿Le disminuye el dolor de alguna manera?	SI	NO
50 Does the pain decrease anyhow?	YES	NO
51 ¿Cuando le da el dolor tiene vómitos o sudor frío?	SI	NO
51 When the pain appears, do you vomit or have cold sweat?	YES	NO

**DOLOR DE ABDOMINAL BELLY ACHE**

52 ¿Hay algo que le aumente el dolor?	SI	NO
52 Is there anything that increases the pain?	YES	NO
53 ¿El dolor aumenta o disminuye con las comidas?	Aumenta.... Disminuye....	
53 Does the pain increase or decrease with meals?	Increases.... Decreases....	
54 ¿Tiene también vómitos?	SI	NO
54 Do you vomit?	YES	NO
55 ¿Diarrea?	SI	NO
55 Do you have diarrhea?	YES	NO
56 ¿Estreñimiento?	SI	NO
56 constipation?	YES	NO
57 ¿Sangre en heces?	SI	NO
57 blood in faeces?	YES	NO

**TOS COUGH**

58 ¿Fiebre?	SI	NO
58 fever?	YES	NO
59 ¿Cuánto tiempo lleva con la tos?	.....Días ..... semanas ..... meses	
59 How long have you been coughing?	.....Days ..... Weeks ..... months	
60 ¿Cuándo tose más?	Por la mañana..... noche..... todo el día.....	
60 When do you cough more frequently?	During the morning..... at nights ..... during the whole day.....	
61 Cuando tose, ¿expulsa mocos?	SI	NO
61 When you cough, do you throw out mucus?	YES	NO
62 ¿Espesos?	SI	NO
62 Thick?	YES	NO
63 ¿Con sangre?	SI	NO
63 Bloody?	YES	NO

**UROGENITAL UROGENITAL**

64 ¿Le quema al orinar?	SI	NO
64 Does it burn you when urinating?	YES	NO
65 ¿Orina muchas veces?	SI	NO
65 Do you urinate often?	YES	NO
66 Color: ....claro ....oscuro .....sangre	66 Colour: ....light ....dark .....bloody	
67 ¿Le pican los genitales?	SI	NO
67 Do you feel an itching in your genitals?	YES	NO
68 ¿Le duelen los genitales? Pene, uretra, labios, vagina	SI	NO
68 Do you have pain in the genitals? Penis, urethra, lips, vagina	YES	NO
69 ¿Le sale algún líquido por los genitales?	SI	NO
69 Does any fluid comes out from your genitals?	YES	NO

**OBSTETRICIA OBSTETRICS**

70 ¿Tiene hijos?	SI	NO
70 Do you have children?	YES	NO
Cuántos.....	How many.....	
71 ¿Ha abortado alguna vez?	SI	NO
71 Have you ever aborted?	YES	NO
72 Número de abortos.....	72 Number of abortions.....	
73 ¿Está sangrando?	SI	NO
73 Are you bleeding?	YES	NO
74 ¿Desde cuándo? .....	74 Since when? .....	

**GENERAL GENERAL**

75 ¿Está mareado?	SI	NO
75 Do you feel sick?	YES	NO
76 ¿Ha perdido el conocimiento?	SI	NO
76 Have you fainted?	YES	NO
77 ¿Ve bien?	SI	NO
77 Do you see well?	YES	NO
78 ¿Oye bien?	SI	NO
78 Do you hear well?	YES	NO
79 ¿Tiene apetito?	SI	NO
79 Do you have appetite?	YES	NO
80 ¿Se encuentra demasiado cansado?	SI	NO
80 Do you feel extremely tired?	YES	NO
81 ¿Duerme bien?	SI	NO
81 Do you sep well?	YES	NO
82 ¿Tiene ganas de llorar?	SI	NO
82 Do you feel like crying?	YES	NO

**INDICACIONES INDICACIONES**

83 Le vamos a hacer un análisis de orina	83 We are going to submit you to an urine test
84 Le vamos a hacer un análisis de sangre	84 We are going to submit you to a blood test
85 Le vamos a hacer una radiografía	85 We are going to make you an X-ray
86 Le vamos a hacer un electrocardiograma	86 We are going to make you an electrocardiogram
87 Le vamos a poner una inyección	87 We are going to put you an injection
88 Tiene que ir al hospital	88 You have to go to hospital
89 Tiene que ir a admisión	89 You have to go to admission
90 Tiene que ir a enfermería	90 You have to go to the infirmary
91 Tiene que ir a la trabajadora social	91 You have to address to the social worker

