



PAÍS DE ORIGEN/PAÍS DE ORIGEM _____ EDAD/IDADE _____ años/anos

FECHA/DATA _____

ANTECEDENTES ANTECEDENTES

- 1 ¿Cuánto tiempo lleva en España?
 1 Há quanto tempo vive na Espanha?
- 1.1 Menos de 6 meses
 - 1.1 Menos de 6 meses
 - 1.2 Menos de 1 año
 - 1.2 Menos de 1 ano
 - 1.3 Más de 1 año
 - 1.3 Mais de 1 ano
 - 1.4 Más de 3 años
 - 1.4 Mais de 3 anos
- 2 ¿Cuándo estuvo en su país por última vez?
 2 Quando foi a ultima vez que esteve em seu país?
- 2.1 Menos de 6 meses
 - 2.1 Menos de 6 meses
 - 2.2 Menos de 1 año
 - 2.2 Menos de 1 ano
 - 2.3 Más de 1 año
 - 2.3 Mais de 1 ano
 - 2.4 Más de 3 años
 - 2.4 Mais de 3 anos
- 3 ¿En qué trabaja?
 3 Onde você trabalha?
- 3.1 Agricultura
 - 3.1 Agricultura
 - 3.2 Invernadero
 - 3.2 Estufa
 - 3.3 Construcción
 - 3.3 Construção
 - 3.4 Otro
 - 3.4 Outro
- 4 ¿Con quien vive?
 4 Com quem você vive?
- 4.1 Solo
 - 4.1 Sozinho
 - 4.2 Con familia
 - 4.2 Com família
 - 4.3 Con compañeros
 - 4.3 Com companheiros
- 5 ¿Es usted diabético? SI NO
 5 Você é diabético? SIM NÃO
- 6 ¿Es usted hipertenso? SI NO
 6 Você é hipertenso? SIM NÃO
- 7 ¿Ha tenido o tiene problemas en los pulmones? SI NO
 7 Você tem ou já teve problemas nos pulmões? SIM NÃO
- 8 ¿Ha tenido o tiene problemas de corazón? SI NO
 8 Você tem ou já teve problemas no coração? SIM NÃO
- 9 ¿Ha tenido o tiene problemas de riñón? SI NO
 9 Você tem ou já teve problemas nos rins? SIM NÃO
- 10 ¿Ha tenido o tiene problemas de estomago? SI NO
 10 Você tem ou já teve problemas de estômago? SIM NÃO
- 11 ¿Ha sido diagnosticado previamente de alguna otra enfermedad?
 SI NO ¿Cuál?
 11 Você já foi previamente diagnosticado com alguma doença?
 SIM NÃO Qual?
- 12 ¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento? SI NO
 12 Você é alérgico a algum medicamento ou alimento? SIM NÃO

- 13 ¿A cuáles?
 13 Quais?
- 14 ¿Está tomando ahora algún medicamento? SI NO
 14 Está tomando algum medicamento agora? SIM NÃO
- 15 ¿Cuáles?
 15 Quais?
- 16 ¿Fuma usted? SI NO
 16 Você fuma? SIM NÃO
- 17 N° de cigarrillos / día
 17 N°. de cigarros / dia
- 18 ¿Es bebedor? SI NO
 18 Você faz consumo de bebidas alcoólicas? SIM NÃO
- 19 ¿Toma alguna otra droga?
 19 Você faz consumo de outra droga?
- 20 ¿Cuál?
 20 Quais?
- 21 ¿Ha estado ingresado alguna vez en un hospital? SI NO
 21 HVocê alguma vez já foi internado em um hospital? SIM NÃO
- 22 ¿Ha sido intervenido alguna vez quirúrgicamente? SI NO
 22 Você já foi submetido a algum tipo de cirurgia? SIM NÃO
- 23 ¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre? SI NO
 23 Você alguma vez já fez uma transfusão de sangue? SIM NÃO
- 24 ¿Tiene puesta alguna vacuna? SI NO
 En caso afirmativo aporte la documentación que lo acredite
 24 Você foi vacunado(a)? SIM NÃO
 Em caso afirmativo, favor fornecer documentos comprovantes

MUJER MULHER

- 25 ¿Está usted embarazada? SI NO
 25 Está grávida? SIM NÃO
- 26 ¿Está dando el pecho? SI NO
 26 Está amamentando? SIM NÃO
- 27 ¿Utiliza algún método anticonceptivo? SI NO
 27 Utiliza algum método contraceptivo? SIM NÃO
- 28 ¿Cuál?
 28 Qual?
- 29 ¿Cuándo tuvo la última menstruación?
 29 Quando teve sua última menstruação?

ANAMNESIS ANAMNESE

DOLOR EN GENERAL DOR EM GERAL

- 30 Señálese dónde le duele
 30 Sinalize o local onde você sente dor
- 31 Señálese si el dolor le va hacia otra parte
 31 Sinalize se a dor passa para outro local
- 32 ¿Cuánto tiempo hace que tiene dolor?
 32 Há quanto tempo você sente essa dor?
- 33 Desde hacehorasdíassemanasmeses
 33 Fazhorasdíassemanasmeses
- 34 ¿El dolor ha aparecido de pronto? SI NO
 34 A dor apareceu de repente? SIM NÃO
- 35 ¿El dolor ha aparecido poco a poco? SI NO
 35 A dor apareceu aos poucos? SIM NÃO
- 36 ¿Ha tenido otras veces el mismo dolor? SI NO
 36 Você já sentiu esta dor antes? SIM NÃO

DOLOR DE CABEZA PERSISTENTE

DOR DE CABEÇA CRONICA

- 37 ¿El dolor le dura todo el día? SI NO
 37 A dor permanece o dia inteiro? SIM NÃO

38 ¿Le calma el dolor con analgésicos?	SI	NO
38 As dores diminuem com a utilização de analgésicos?	SIM	NÃO
39 ¿Le despierta el dolor por la noche?	SI	NO
39 A dor te desperta à noite?	SIM	NÃO
40 ¿Vomita con el dolor?	SI	NO
40 Você vomita por causa da dor?	SIM	NÃO
41 ¿Tiene fiebre?	SI	NO
41 Você tem febre?	SIM	NÃO

DOLOR DE HUESOS Y ARTICULACIONES

DORES NOS OSSOS E ARTICULAÇÕES

42 ¿Mejora el dolor con el reposo?	SI	NO
42 A dor diminui em repouso?	SIM	NÃO
43 ¿Duele más cuando se mueve?	SI	NO
43 Dói mais quando se move?	SIM	NÃO
44 ¿Ha tenido algún golpe en el lugar donde le duele?	SI	NO
44 Você já teve uma lesão no local onde sente dor?	SIM	NÃO
45 ¿Le dura el dolor todo el día?	SI	NO
45 A dor permanece o dia inteiro?	SIM	NÃO
46 ¿Ha tenido fiebre?	SI	NO
46 Você já teve febre?	SIM	NÃO

DOLOR DE PECHO DORES NO PEITO

47 Cuando apareció el dolor, ¿estaba en reposo?	SI	NO
47 Quando a dor apareceu, você estava em repouso?	SIM	NÃO
48 ¿O haciendo algún esfuerzo?	SI	NO
48 Ou estava fazendo algum esforço?	SIM	NÃO
49 ¿Aumenta el dolor al toser / respirar / moverse?	SI	NO
49 A dor aumenta quando você tosse, respira ou se move?	SIM	NÃO
50 ¿Le disminuye el dolor de alguna manera?	SI	NO
50 De alguma maneira a dor diminui?	SIM	NÃO
51 ¿Cuando le da el dolor tiene vómitos o sudor frío?	SI	NO
51 Quando a dor aparece, você vomita ou sua frio?	SIM	NÃO

DOLOR DE ABDOMINAL DORES ABDOMINAIS

52 ¿Hay algo que le aumente el dolor?	SI	NO
52 Há algo que intensifica a dor?	SIM	NÃO
53 ¿El dolor aumenta o disminuye con las comidas?		
Aumenta.... Disminuye....		
53 A dor aumenta ou diminui com a ingestão de alimentos?		
Increases.... Decreases....		
54 ¿Tiene también vómitos?	SI	NO
54 Você vomita?	SIM	NÃO
55 ¿Diarrea?	SI	NO
55 Você fica com diarreia?	SIM	NÃO
56 ¿Estreñimiento?	SI	NO
56 Constipação?	SIM	NÃO
57 ¿Sangre en heces?	SI	NO
57 Sangue nas fezes?	SIM	NÃO

TOS TOSSE

58 ¿Fiebre?	SI	NO
58 Febre?	SIM	NÃO
59 ¿Cuánto tiempo lleva con la tos?		
.....Días semanas meses		
59 Há quanto tempo está tossindo?		
.....Dias Semanas Meses		
60 ¿Cuándo tose más?		
Por la mañana..... noche..... todo el día.....		
60 Quando você tosse mais?		
de manha..... à noite toda hora.....		
61 Cuando tose, ¿expulsa mocos?	SI	NO
61 Quando tosse, sai muco?	SIM	NÃO
62 ¿Espesos?	SI	NO
62 Espesso?	SIM	NÃO
63 ¿Con sangre?	SI	NO
63 Com sangue?	SIM	NÃO

UROGENITAL UROGENITAL

64 ¿Le quema al orinar?	SI	NO
64 Você sente ardência quando urina?	SIM	NÃO
65 ¿Orina muchas veces?	SI	NO
65 Você urina muito?	SIM	NÃO
66 Color:clarooscurosangre		
66 Cor:ClaroEscuroSangue		
67 ¿Le pican los genitales?	SI	NO
67 Você sente coceira nos órgãos genitais?	SIM	NÃO
68 ¿Le duelen los genitales? Pene, uretra, labios, vagina	SI	NO
68 Você sente dor nos órgãos genitais? Pênis, Uretra, Lábios e Vagina	SIM	NÃO
69 ¿Le sale algún líquido por los genitales?	SI	NO
69 Sai algum liquido ou secreção de seus órgãos genitais?	SIM	NÃO

OBSTETRICIA OBSTETRICIA

70 ¿Tiene hijos?	SI	NO
Cuántos.....		
70 Tem filhos?	SIM	NÃO
Quantos?.....		
71 ¿Ha abortado alguna vez?	SI	NO
71 Você já abortou alguma vez?	SIM	NÃO
72 Número de abortos.....		
72 Número de abortos?		
73 ¿Está sangrando?	SI	NO
73 Está sangrando?	SIM	NÃO
74 ¿Desde cuándo?		
74 Desde quando?		

GENERAL GERAL

75 ¿Está mareado?	SI	NO
75 Está mareado?	SIM	NÃO
76 ¿Ha perdido el conocimiento?	SI	NO
76 Você já desmaiou?	SIM	NÃO
77 ¿Ve bien?	SI	NO
77 Você tem boa visão?	SIM	NÃO
78 ¿Oye bien?	SI	NO
78 Você tem boa audição?	SIM	NÃO
79 ¿Tiene apetito?	SI	NO
79 Você tem apetite?	SIM	NÃO
80 ¿Se encuentra demasiado cansado?	SI	NO
80 Você sente muito cansaço?	SIM	NÃO
81 ¿Duerme bien?	SI	NO
81 Você dorme bem?	SIM	NÃO
82 ¿Tiene ganas de llorar?	SI	NO
82 Você sente vontade de chorar?	SIM	NÃO

INDICACIONES INDICAÇÕES

83 Le vamos a hacer un análisis de orina
83 Vamos te submeter a um exame de urina
84 Le vamos a hacer un análisis de sangre
84 Vamos te submeter a um exame de sangue
85 Le vamos a hacer una radiografía
85 Vamos tirar uma radiografia
86 Le vamos a hacer un electrocardiograma
86 Vamos fazer um electrocardiograma
87 Le vamos a poner una inyección
87 Vamos te aplicar uma injeção
88 Tiene que ir al hospital
88 Você tem que ir ao hospital
89 Tiene que ir a admisión
89 Você tem que ir à admissão
90 Tiene que ir a enfermería
90 Você tem que ir à enfermaria
91 Tiene que ir a la trabajadora social
91 Você tem que ir à assistência social

