



PAÍS DE ORIGEN/ СТРАНА ПРОИСХОЖДЕНИЯ _____ EDAD/ ВОЗРАСТ _____ años/ ЛЕТ

FECHA/ ДАТА _____

ANTECEDENTES ПРЕДЫСТОРИЯ:

- 1 ¿Cuánto tiempo lleva en España?
1 Сколько времени Вы живете в Испании?
 1.1 Menos de 6 meses
1.1 Менее 6 месяцев
 1.2 Menos de 1 año
1.2 Менее 1 года
 1.3 Más de 1 año
1.3 Более 1 года
 1.4 Más de 3 años
1.4 Более 3 лет
- 2 ¿Cuándo estuvo en su país por última vez?
2 Когда последний раз Вы были на родине?
 2.1 Menos de 6 meses
2.1 Менее 6 месяцев
 2.2 Menos de 1 año
2.2 Менее 1 года
 2.3 Más de 1 año
2.3 Более 1 года
 2.4 Más de 3 años
2.4 Более 3 лет
- 3 ¿En qué trabaja?
3 Где вы работаете?
 3.1 Agricultura
3.1 Сельское хозяйство
 3.2 Invernadero
3.2 Оранжереи
 3.3 Construcción
3.3 Строительство
 3.4 Otro
3.4 Другое
- 4 ¿Con quien vive?
4 С кем Вы живете?
 4.1 Solo
4.1 Один
 4.2 Con familia
4.2 С семьей
 4.3 Con compañeros
4.3 С товарищами
- 5 ¿Es usted diabético? SI NO
5 Вы диабетик? ДА НЕТ
- 6 ¿Es usted hipertenso? SI NO
6 Вы гипертоник? ДА НЕТ
- 7 ¿Ha tenido o tiene problemas en los pulmones? SI NO
7 У Вас были или есть легочные заболевания? ДА НЕТ
- 8 ¿Ha tenido o tiene problemas de corazón? SI NO
8 У Вас были или есть сердечные заболевания? ДА НЕТ
- 9 ¿Ha tenido o tiene problemas de riñón? SI NO
9 У Вас были или есть почечные заболевания? ДА НЕТ
- 10 ¿Ha tenido o tiene problemas de estómago? SI NO
10 У Вас были или есть заболевания желудка? ДА НЕТ
- 11 ¿Ha sido diagnosticado previamente de alguna otra enfermedad?
 SI NO ¿Cuál?
**11 Было ли у Вас раньше обнаружено какое-либо другое заболевание?
 ДА НЕТ Какое?**
- 12 ¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento? SI NO
12 Есть ли у Вас аллергия к каким-либо лекарствам или еде? ДА НЕТ

- 13 ¿A cuáles?
13 К каким конкретно?
- 14 ¿Está tomando ahora algún medicamento? SI NO
14 Принимаете ли Вы сейчас какие-либо лекарства? ДА НЕТ
- 15 ¿Cuáles?
15 Какие конкретно?
- 16 ¿Fuma usted? SI NO
16 Вы курите? ДА НЕТ
- 17 N° de cigarrillos / día
17 Сколько сигарет в день Вы курите
- 18 ¿Es bebedor? SI NO
18 Вы пьете спиртное? ДА НЕТ
- 19 ¿Toma alguna otra droga?
19 Принимаете ли какие-либо другие наркотики?
- 20 ¿Cuál?
20 Какие конкретно?
- 21 ¿Ha estado ingresado alguna vez en un hospital? SI NO
21 Вы лежали когда-нибудь в больнице? ДА НЕТ
- 22 ¿Ha sido intervenido alguna vez quirúrgicamente? SI NO
22 Делали ли Вам какую-либо операцию? ДА НЕТ
- 23 ¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre? SI NO
23 Вам переливали когда-нибудь кровь? ДА НЕТ
- 24 ¿Tiene puesta alguna vacuna? SI NO
24 Вам сделаны прививки? ДА НЕТ
 Если сделаны, есть подтверждающие это справки

MUJER ЖЕНЩИНА

- 25 ¿Está usted embarazada? SI NO
25 Вы беременны? ДА НЕТ
- 26 ¿Está dando el pecho? SI NO
26 Вы кормите грудью? ДА НЕТ
- 27 ¿Utiliza algún método anticonceptivo? SI NO
27 Применяете ли Вы какой-либо противозачаточный способ? ДА НЕТ
- 28 ¿Cuál?
28 Какой конкретно?
- 29 ¿Cuándo tuvo la última menstruación?
29 Когда у Вас была последняя менструация?

ANAMNESIS АНАМНЕЗ

DOLOR EN GENERAL В ОБЩЕМ О БОЛИ

- 30 Señálese dónde le duele
30 Покажите где болит
- 31 Señálese si el dolor le va hacia otra parte
31 Покажите куда боль отдает
- 32 ¿Cuánto tiempo hace que tiene dolor?
32 Как давно у Вас болит?
- 33 Desde hacehorasdíassemanasmeses
33 Сколькочасов.....днейнедель.....месяцев
- 34 ¿El dolor ha aparecido de pronto? SI NO
34 Боль появилась внезапно? ДА НЕТ
- 35 ¿El dolor ha aparecido poco a poco? SI NO
35 Боль появилась постепенно? ДА НЕТ
- 36 ¿Ha tenido otras veces el mismo dolor? SI NO
36 У Вас раньше болело в этом же месте? ДА НЕТ

DOLOR DE CABEZA PERSISTENTE НЕПРОХОДЯЩАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

- 37 ¿El dolor le dura todo el día? SI NO
37 Головная боль длится весь день? ДА НЕТ

- 38 ¿Le calma el dolor con analgésicos? SI NO
 38 Проходит ли боль при принятии обезболивающих? ДА НЕТ
 39 ¿Le despierta el dolor por la noche? SI NO
 39 Просыпаетесь ли Вы из-за боли по ночам? ДА НЕТ
 40 ¿Vomita con el dolor? SI NO
 40 Бывает ли у Вас из-за боли рвота? ДА НЕТ
 41 ¿Tiene fiebre? SI NO
 Есть ли температура? ДА НЕТ

DOLOR DE HUESOS Y ARTICULACIONES
 БОЛЬ В КОСТЯХ И СУСТАВАХ

- 42 ¿Mejora el dolor con el reposo? SI NO
 42 Облегается ли боль в состоянии покоя? ДА НЕТ
 43 ¿Duele más cuando se mueve? SI NO
 43 Усиливается боль, когда находитесь в движении? ДА НЕТ
 44 ¿Ha tenido algún golpe en el lugar donde le duele? SI NO
 44 Не ударились ли Вы в месте где болит? ДА НЕТ
 45 ¿Le dura el dolor todo el día? SI NO
 45 Боль длится весь день? ДА НЕТ
 46 ¿Ha tenido fiebre? SI NO
 46 Была ли температура? ДА НЕТ

DOLOR DE PECHO БОЛЬ В ГРУДИ

- 47 Cuando apareció el dolor, ¿estaba en reposo? SI NO
 47 Когда боль началась, Вы находились в состоянии покоя? ДА НЕТ
 48 ¿O haciendo algún esfuerzo? SI NO
 48 Или совершали какое-либо усилие? ДА НЕТ
 49 ¿Aumenta el dolor al toser / respirar / moverse? SI NO
 49 Усиливается ли боль при кашле, дыхании или движении? ДА НЕТ
 50 ¿Le disminuye el dolor de alguna manera? SI NO
 50 Облегчается ли боль каким-либо способом? ДА НЕТ
 51 ¿Cuando le da el dolor tiene vómitos o sudor frío? SI NO
 51 Сопровождается ли боль рвотой или холодным потом? ДА НЕТ

DOLOR DE ABDOMINAL БОЛИ ЖИВОТА

- 52 ¿Hay algo que le aumente el dolor? SI NO
 52 Усиливает ли что-либо боль? ДА НЕТ
 53 ¿El dolor aumenta o disminuye con las comidas? SI NO
 Aumenta.... Disminuye....
 53 При еде боль слабее или сильнее?
 Слабее Сильнее
 54 ¿Tiene también vómitos? SI NO
 54 Есть рвота? ДА НЕТ
 55 ¿Diarrea? SI NO
 55 Понос? ДА НЕТ
 56 ¿Estreñimiento? SI NO
 56 Запоры? ДА НЕТ
 57 ¿Sangre en heces? SI NO
 57 Кровь в стуле? ДА НЕТ

TOS КАШЕЛЬ

- 58 ¿Fiebre? SI NO
 58 Высокая температура? ДА НЕТ
 59 ¿Cuánto tiempo lleva con la tos? SI NO
Días semanas meses
 59 С каких пор у Вас кашель?
 дни..... недели месяцы
 60 ¿Cuándo tose más? SI NO
 Por la mañana..... noche..... todo el día.....
 60 Когда больше кашляете?
 утром..... вечером..... весь день
 61 Cuando tose, ¿expulsa mocos? SI NO
 61 При кашле выделяется из носа слизь? ДА НЕТ
 62 ¿Espesos? SI NO
 62 Густая? ДА НЕТ
 63 ¿Con sangre? SI NO
 63 С кровью? ДА НЕТ

UROGENITAL МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА

- 64 ¿Le quema al orinar? SI NO
 64 Есть ощущение жжения при мочеиспускании? ДА НЕТ
 65 ¿Orina muchas veces? SI NO
 65 Вы часто мочитесь? ДА НЕТ
 66 Color:clarooscurosangre
 66 Цвет мочи: светлыйтемныйс кровью
 67 ¿Le pican los genitales? SI NO
 67 Есть ощущение зуда в половых органах? ДА НЕТ
 68 ¿Le duelen los genitales? Pene, uretra, labios, vagina SI NO
 68 Есть боль в половых органах? ДА НЕТ
 69 ¿Le sale algún líquido por los genitales? SI NO
 69 Есть ли какие-либо выделения из половых органов? ДА НЕТ

OBSTETRICIA АКУШЕРСТВО

- 70 ¿Tiene hijos? SI NO
 Cuántos.....
 70 У Вас есть дети? ДА НЕТ
 Сколько?
 71 ¿Ha abortado alguna vez? SI NO
 71 Были ли у Вас аборт? ДА НЕТ
 72 Número de abortos.....
 72 Число абортов
 73 ¿Está sangrando? SI NO
 73 Есть ли выделения крови? ДА НЕТ
 74 ¿Desde cuándo?
 74 С каких пор?

GENERAL ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

- 75 ¿Está mareado? SI NO
 75 У Вас кружится голова? ДА НЕТ
 76 ¿Ha perdido el conocimiento? SI NO
 76 Бывают обмороки? ДА НЕТ
 77 ¿Ve bien? SI NO
 77 Вы хорошо видите? ДА НЕТ
 78 ¿Oye bien? SI NO
 78 Вы хорошо слышите? ДА НЕТ
 79 ¿Tiene apetito? SI NO
 79 У Вас хороший аппетит? ДА НЕТ
 80 ¿Se encuentra demasiado cansado? SI NO
 80 Вы чувствуете чрезмерную усталость? ДА НЕТ
 81 ¿Duerme bien? SI NO
 81 Хорошо спите? ДА НЕТ
 82 ¿Tiene ganas de llorar? SI NO
 82 Хочется плакать? ДА НЕТ

INDICACIONES УКАЗАНИЯ

- 83 Le vamos a hacer un análisis de orina
 83 Мы сделаем Вам анализ мочи
 84 Le vamos a hacer un análisis de sangre
 84 Мы сделаем Вам анализ крови
 85 Le vamos a hacer una radiografía
 85 Мы сделаем Вам рентгенографию
 86 Le vamos a hacer un electrocardiograma
 86 Мы сделаем Вам электрокардиограмму
 87 Le vamos a poner una inyección
 87 Мы сделаем Вам укол
 88 Tiene que ir al hospital
 88 Вы должны пойти в больницу
 89 Tiene que ir a admisión
 89 Вы должны идти в приемную
 90 Tiene que ir a enfermería
 90 Вы должны пойти в медсестринское отделение
 91 Tiene que ir a la trabajadora social
 91 Вы должны обратиться к соцработнику

