



الاسم /NOMBRE _____
PAÍS DE ORIGEN / بدل الأصلي _____
EDAD/ سنة _____ años/ السن _____
FECHA / التاريخ _____

ANTECEDENTES

السوابق الطبية:

- 1 ¿Cuánto tiempo lleva en España?
1 كم قضيت في إسبانيا?
1.1 Menos de 6 meses 1.1 أقل من 6 أشهر.
1.2 Menos de 1 año 1.2 أقل من عام واحد.
1.3 Más de 1 año 1.3 أكثر من عام.
1.4 Más de 3 años 1.4 أكثر من 3 سنوات.
- 2 ¿Cuándo estuvo en su país por última vez?
2 متى كنت في بلدك لآخر مرة?
2.1 Menos de 6 meses 2.1 أقل من 6 أشهر.
2.2 Menos de 1 año 2.2 أقل من عام واحد.
2.3 Más de 1 año 2.3 أكثر من عام.
2.4 Más de 3 años 2.4 أكثر من 3 سنوات.
- 3 ¿En qué trabaja?
3 في ماذا تعمل?
3.1 Agricultura 3.1 الفلاحة.
3.2 Invernadero 3.2 الدواقي.
3.3 Construcción 3.3 البناء.
3.4 Otro 3.4 شيء آخر.
- 4 ¿Con quien vive?
4 مع من تسكن?
4.1 Solo 4.1 بمفرد.
4.2 Con familia 4.2 مع أسرتي.
4.3 Con compañeros 4.3 مع رفاق.
- 5 ¿Es usted diabético? SI NO
5 هل تعاني من مرض السكر؟ نعم لا
- 6 ¿Es usted hipertenso? SI NO
6 هل تعاني من ضغط الدم المفرط؟ نعم لا
- 7 ¿Ha tenido o tiene problemas en los pulmones? SI NO
7 هل عانيت أو تعاني بمشاكل في الرئة؟ نعم لا
- 8 ¿Ha tenido o tiene problemas de corazón? SI NO
8 هل عانيت أو تعاني بمشاكل في القلب؟ نعم لا
- 9 ¿Ha tenido o tiene problemas de riñón? SI NO
9 هل عانيت أو تعاني بمشاكل في الكلية؟ نعم لا
- 10 ¿Ha tenido o tiene problemas de estomago? SI NO
10 هل عانيت أو تعاني بمشاكل في المعدة؟ نعم لا
- 11 ¿Ha sido diagnosticado previamente de alguna otra enfermedad? SI NO ¿Cuál?
11 هل شخص لك مرض آخر؟ نعم لا
- 12 ¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento? SI NO
12 هل تعاني بحساسية لأي دواء أو طعام؟ نعم لا

- 13 ¿Acuáles? 13 لأيهم؟
- 14 ¿Esta tomando ahora algún medicamento? NO SI
14 هل تتناول الآن أي دواء؟ نعم لا
- 15 ¿Cuáles? 15 أي دواء؟
- 16 ¿Fuma usted? SI NO
16 هل تدخن؟ نعم لا
- 17 N° de cigarrillos / día 17 عدد السجائر في اليوم؟
- 18 ¿Es bebedor? SI NO
18 هل تشرب المسكرات؟ نعم لا
- 19 ¿Toma alguna otra droga? 19 هل تتناول أي مخدرات؟
- 20 ¿Cuál? 20 ما هي؟
- 21 ¿Ha estado ingresado alguna vez en un hospital? SI NO
21 هل قضيت مدة في مستشفى؟ نعم لا
- 22 ¿Ha sido intervenido alguna vez quirúrgicamente? SI NO
22 هل أجريت عليك عملية جراحية؟ نعم لا
- 23 ¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre? SI NO
23 هل نقل إليك الدم سابقاً؟ نعم لا
- 24 ¿Tiene puesta alguna vacuna? SI NO
24 هل لقت بتلقيح؟ نعم لا
En caso afirmativo aporte la documentación que lo acredite
إذا كان الجواب إيجابياً قدم الوثائق المثبتة.

MUJER

امراة

- 25 ¿Está usted embarazada? SI NO
25 هل أنت حامل؟ نعم لا
- 26 ¿Está dando el pecho? SI NO
26 هل ترضعين؟ نعم لا
- 27 ¿Utiliza algún método anticonceptivo? SI NO
27 هل تستعملين أي ممانع للحمل؟ نعم لا
- 28 ¿Cuál? 28 أيهم؟
- 29 ¿Cuándo tuvo la última menstruación?
29 متى حضرت لآخر مرة؟

ANAMNESIS

مراجعة الذاكرة

DOLOR EN GENERAL

الألم العام

- 30 Señálese dónde le duele 30 بين مكان الألم.
- 31 Señálese si el dolor le va hacia otra parte 31 بين إذا كان الألم ينتقل إلى جهة أخرى.
- 32 ¿Cuánto tiempo hace que tiene dolor? 32 كم من وقت دام بك هذا الألم؟
33 Desde hacehorasdíassemanasmeses منذ ساعات أيام أسابيع شهور
- 34 ¿El dolor ha aparecido de pronto? SI NO
34 هل حدث الألم فجأة؟ نعم لا
- 35 ¿El dolor ha aparecido poco a poco? SI NO
35 هل حدث الألم شيئاً فشيئاً؟ نعم لا
- 36 ¿Ha tenido otras veces el mismo dolor? SI NO
36 هل سبق لك أن شعرت بنفس الألم؟ نعم لا

DOLOR DE CABEZA PERSISTENTE

صداع مستمر

- 37 ¿El dolor le dura todo el día? SI NO
37 هل يستمر بك الألم طول النهار؟ نعم لا

- 38 ¿Le calma el dolor con analgésicos? SI NO
 38. هل يسكن بك الألم بمسكنات؟ نعم لا
 39 ¿Le despierta el dolor por la noche? SI NO
 39. هل يوقظك الألم في الليل؟ نعم لا
 40 ¿Vomita con el dolor? SI NO
 40. هل تتقيأ بالألم؟ نعم لا
 41 ¿Tiene fiebre? SI NO
 41. هل بك حمى؟ نعم لا

DOLOR DE HUESOS Y ARTICULACIONES**ألم العظام والمفاصل**

- 42 ¿Mejora el dolor con el reposo? SI NO
 42. هل يتحسن الألم بالراحة؟ نعم لا
 43 ¿Duele más cuando se mueve? SI NO
 43. هل يزداد الألم عندما تتحرك؟ نعم لا
 44 ¿Ha tenido algún golpe en el lugar donde le duele? SI NO
 44. هل حصلت لك ضربة في مكان الألم؟ نعم لا
 45 ¿Le dura el dolor todo el día? SI NO
 45. هل يدوم بك الألم طول النهار؟ نعم لا
 46 ¿Ha tenido fiebre? SI NO
 46. هل كانت بك حمى؟ نعم لا

DOLOR DE PECHO**ألم في الصدر**

- 47 ¿Cuando apareció el dolor estaba en reposo? SI NO
 47. لما ظهر الألم كنت تستريح؟ نعم لا
 48 ¿o haciendo algún esfuerzo? SI NO
 48. أو كنت تبذل جهداً؟ نعم لا
 49 ¿Aumenta el dolor al toser / respirar / moverse? SI NO
 49. هل يزداد الألم عندما تسعل / تتنفس / تتحرك؟ نعم لا
 50 ¿Le disminuye el dolor de alguna manera? SI NO
 50. هل ينقص الألم في أي حال؟ نعم لا
 51 ¿Cuando le da el dolor tiene vómitos o sudor frío? SI NO
 51. هل تتقيأ أو تعرق عرقاً بارداً عندما يصيبك الألم؟ نعم لا

DOLOR DE ABDOMINAL**ألم البطن**

- 52 ¿Hay algo que le aumente el dolor? SI NO
 52. هل هناك شيء يزداد به الألم؟ نعم لا
 53 ¿El dolor aumenta o disminuye con las comidas?
 Aumenta.... Disminuye....
 53. هل يزداد الألم أو ينقص خلال تناول الطعام؟ يزداد ... ينقص ...
 54 ¿Tiene también vómitos? SI NO
 54. هل يحصل تقيؤ أيضاً؟ نعم لا
 55 ¿diarrea? SI NO
 55. أو إسهال؟ نعم لا
 56 ¿estreñimiento? SI NO
 56. أو إمساك؟ نعم لا
 57 ¿Sangre en heces? SI NO
 57. أو يخرج الدم مع الغائط؟ نعم لا

TOS**السعال**

- 58 ¿fiebre? SI NO
 58. أو حمى؟ نعم لا
 59 ¿Cuánto tiempo lleva con la tos?
Días semanas meses
 59. كم طال بك السعال؟
 أيام أسابيع أشهر
 60 ¿Cuando tose más?
 Por la mañana..... noche..... todo el día.....
 60. متى تسعل أكثر؟
 في الصباح في الليل طول النهار
 61 ¿Cuando tose, expulsa mocos? SI NO
 61. هل يخرج المخاط عندما تسعل؟ نعم لا
 62 ¿Espesos? SI NO
 62. مخاط كثيف؟ نعم لا
 63 ¿Con sangre? SI NO
 63. مع الدم؟ نعم لا

UROGENITAL**الجهاز البولي - التناسلي**

- 64 ¿Le quema al orinar? SI NO
 64. تحس باحترق عندما تبول؟ نعم لا
 65 ¿Orina muchas veces? SI NO
 65. هل تبول مرات كثيرة؟ نعم لا
 66 Color:clarooscurosangre
 66. لون البول: فاتح قاتم بالدم
 67 ¿Le pican los genitales? SI NO
 67. هل يحكك جهازك التناسلي؟ نعم لا
 68 ¿Le duelen los genitales? Pene, uretra, labios, vagina SI NO
 68. هل تشعر بألم في جهازك التناسلي؟ الذكر، مجرى البول، الشفرين، المهبل نعم لا
 69 ¿Le sale algún líquido por los genitales? SI NO
 69. هل يخرج أي سائل من جهازك التناسلي؟ نعم لا

OBSTETRICIA**الولادة**

- 70 ¿Tiene hijos? SI NO
 70. هل لك أولاد؟ نعم لا
 Cuantos.....
 كم
 71 ¿Ha abortado alguna vez? SI NO
 71. هل حصل لك أي إجهاض سابقاً؟ نعم لا
 72 Número de abortos.....
 72. عدد إجهاضات؟
 73 ¿Está sangrando? SI NO
 73. هل ندمي؟ نعم لا
 74 ¿Desde cuándo?
 74. منذ متى؟

GENERAL**عام**

- 75 ¿Está mareado? SI NO
 75. هل تشعر بالدوخة؟ نعم لا
 76 ¿Ha perdido el conocimiento? SI NO
 76. هل فقدت الوعي؟ نعم لا
 77 ¿Ve bien? SI NO
 77. هل تنظر جيداً؟ نعم لا
 78 ¿Oye bien? SI NO
 78. هل تسمع جيداً؟ نعم لا
 79 ¿Tiene apetito? SI NO
 79. هل لك الشهية؟ نعم لا
 80 ¿Se encuentra demasiado cansado? SI NO
 80. هل تشعر بأنك تعبان جداً؟ نعم لا
 81 ¿Duerme bien? SI NO
 81. هل تنام جيداً؟ نعم لا
 82 ¿Tiene ganas de llorar? SI NO
 82. هل تريد أن تبكي؟ نعم لا

INDICACIONES**إرشادات**

- 83 Le vamos a hacer un análisis de orina
 83. سنقوم بتحليل بولك.
 84 Le vamos a hacer un análisis de sangre
 84. سنقوم بتحليل دمك.
 85 Le vamos a hacer una radiografía
 85. سنصورك بالأشعة.
 86 Le vamos a hacer un electrocardiograma
 86. سنصور بيان كهربائي لعمل قلبك.
 87 Le vamos a poner una inyección
 87. سنحقنك.
 88 Tiene que ir al hospital
 88. عليك أن تذهب إلى المستشفى.
 89 Tiene que ir a admisión
 89. عليك أن تذهب إلى مكتب القبول.
 90 Tiene que ir a enfermería
 90. عليك أن تذهب إلى غرفة التمريض.
 91 Tiene que ir a la trabajadora social
 91. عليك أن تذهب إلى العاملة الاجتماعية.