



HOJA DE ENTREVISTA CLINICA PARA EXTRANJEROS CON PROBLEMAS DE IDIOMA CLINIC INTERVIEW SHEET FOR FOREIGNERS WITH LANGUAGE PROBLEMS

NOMBRE/NAME _____

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 ¿Acuáles?
13 Which one?
- 14 ¿Esta 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 Nº 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 hacehorasdíassemanasmeses
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 CABEZAPERSISTENTE

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 ¿Cuando 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:clarooscurosangre	66 Colour:lightdarkbloody	
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
Cuantos.....	70 Do you have children? YES NO	
70 Do you have children?	YES	NO
How many.....	71 ¿Ha abortado alguna vez?	
71 ¿Ha abortado alguna vez?	SI	NO
71 Have you ever aborted?	YES	NO
72 Número de abortos.....	72 Number of abortions.....	
72 Number of abortions.....	73 ¿Está sangrando?	
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