



## HOJA DE ENTREVISTA CLÍNICA PARA EXTRANJEROS CON PROBLEMAS DE IDIOMA 针对有语言困难的外国人 体检问答题表

NOMBRE/ 姓名: \_\_\_\_\_

PAÍS DE ORIGEN/ 所属国: \_\_\_\_\_ EDAD/ 年龄 \_\_\_\_\_ años/ 岁

FECHA/ 日期: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES 基本情况:

- 1 ¿Cuánto tiempo lleva en España?  
1 您来西班牙多久了?  
1.1 Menos de 6 meses  
1.1 不到6个月  
1.2 Menos de 1 año  
1.2 不到1年  
1.3 Más de 1 año  
1.3 1年多  
1.4 Más de 3 años  
1.4 3年多
- 2 ¿Cuándo estuvo en su país por última vez?  
2 您最近什么时候回过国?  
2.1 Menos de 6 meses  
2.1 不到6个月前  
2.2 Menos de 1 año  
2.2 不到1年前  
2.3 Más de 1 año  
2.3 1年多前  
2.4 Más de 3 años  
2.4 3年多前
- 3 ¿En qué trabaja?  
3 您做何类工作?  
3.1 Agricultura  
3.1 农业  
3.2 Invernadero  
3.2 温室  
3.3 Construcción  
3.3 建筑  
3.4 Otro  
3.4 其它
- 4 ¿Con quien vive?  
4 您和谁一起生活?  
4.1 Solo  
4.1 单独  
4.2 Con familia  
4.2 和亲属  
4.3 Con compañeros  
4.3 和伙伴
- 5 ¿Es usted diabético? SI NO  
5 您是否有糖尿病? 是 否
- 6 ¿Es usted hipertenso? SI NO  
6 您是否有高血压? 是 否
- 7 ¿Ha tenido o tiene problemas en los pulmones? SI NO  
7 您是否得过或正患有肺病? 是 否
- 8 ¿Ha tenido o tiene problemas de corazón? SI NO  
8 您是否得过或正患有心脏病? 是 否
- 9 ¿Ha tenido o tiene problemas de riñón? SI NO  
9 您是否得过或正患有肾脏病? 是 否
- 10 ¿Ha tenido o tiene problemas de estómago? SI NO  
10 您是否得过或正患有胃病? 是 否
- 11 ¿Ha sido diagnosticado previamente de alguna otra enfermedad? SI NO ¿Cuál?  
11 您是否已被诊断患有其它疾病? 是 否 哪种?
- 12 ¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento? SI NO  
12 您是否对某些药物或食物过敏? 是 否

- 13 ¿Acuáles?  
13 具体有哪些?
  - 14 ¿Esta tomando ahora algún medicamento? SI NO  
14 您现在是否正服用药物? 是 否
  - 15 ¿Cuáles?  
15 哪些药物?
  - 16 ¿Fuma usted? SI NO  
16 您是否吸烟? 是 否
  - 17 N° de cigarrillos / día  
17 每天吸烟枝数
  - 18 ¿Es bebedor? SI NO  
18 您是否喝酒? 是 否
  - 19 ¿Toma alguna otra droga?  
19 您是否吸毒?
  - 20 ¿Cuál?  
20 哪种?
  - 21 ¿Ha estado ingresado alguna vez en un hospital? SI NO  
21 您是否曾经住院? 是 否
  - 22 ¿Ha sido intervenido alguna vez quirúrgicamente? SI NO  
22 您是否曾接受外科手术? 是 否
  - 23 ¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre? SI NO  
23 您是否曾接受输血? 是 否
  - 24 ¿Tiene puesta alguna vacuna? SI NO  
24 您是否打过防疫针? 是 否
- En caso afirmativo aporte la documentación que lo acredite  
如果打过请出示证明文件

### MUJER 妇女

- 25 ¿Está usted embarazada? SI NO  
25 您是否怀孕了? 是 否
- 26 ¿Está dando el pecho? SI NO  
26 您是否正在哺乳? 是 否
- 27 ¿Utiliza algún método anticonceptivo? SI NO  
27 您是否在采用避孕措施? 是 否
- 28 ¿Cuál?  
28 哪种?
- 29 ¿Cuándo tuvo la última menstruación? .....  
29 您最后一次月经是哪天?

### ANAMNESIS

#### DOLOR EN GENERAL 疼痛

- 30 Señálese dónde le duele  
30 请指出哪里疼痛
- 31 Señálese si el dolor le va hacia otra parte  
31 请指出是否感到疼痛向其它地方扩展?
- 32 ¿Cuánto tiempo hace que tiene dolor?  
32 您感到疼痛有多长时间了?
- 33 Desde hace .....horas .....días .....semanas .....meses  
33 已经有.....小时.....天.....周.....月
- 34 ¿El dolor ha aparecido de pronto? SI NO  
34 疼痛是否突然开始? 是 否
- 35 ¿El dolor ha aparecido poco a poco? SI NO  
35 疼痛是否逐渐开始? 是 否
- 36 ¿Ha tenido otras veces el mismo dolor? SI NO  
36 您是否过去曾感到同样的疼痛? 是 否

#### DOLOR DE CABEZAPERSISTENTE

##### 长期头痛

- 37 ¿El dolor le dura todo el día? SI NO  
37 您是否全天感到头痛? 是 否

- 38 ¿Le calma el dolor con analgésicos? SI NO  
 38 止痛药物对您是否有效? 是 否  
 39 ¿Le despierta el dolor por la noche? SI NO  
 39 您是否会因疼痛夜里痛醒? 是 否  
 40 ¿Vomita con el dolor? SI NO  
 40 您疼痛时是否呕吐? 是 否  
 41 ¿Tiene fiebre? SI NO  
 您是否发烧? 是 否

#### DOLOR DE HUESOS Y ARTICULACIONES 骨头和关节疼痛

- 42 ¿Mejora el dolor con el reposo? SI NO  
 42 您是否休息后疼痛会减轻? 是 否  
 43 ¿Duele más cuando se mueve? SI NO  
 43 您动的时候是否疼痛加剧? 是 否  
 44 ¿Ha tenido algún golpe en el lugar donde le duele? SI NO  
 44 您疼痛的地方是否受过碰撞? 是 否  
 45 ¿Le dura el dolor todo el día? SI NO  
 45 您的疼痛是否整天持续? 是 否  
 46 ¿Ha tenido fiebre? SI NO  
 46 您是否曾经发烧? 是 否

#### DOLOR DE PECHO 胸痛

- 47 ¿Cuando apareció el dolor estaba en reposo? SI NO  
 47 您是否在睡觉时感到疼痛? 是 否  
 48 ¿o haciendo algún esfuerzo? SI NO  
 48 还是在用力时感到疼痛? 是 否  
 49 ¿Aumenta el dolor al toser / respirar / moverse? SI NO  
 49 咳嗽、呼吸或移动时是否疼痛加剧? 是 否  
 50 ¿Le disminuye el dolor de alguna manera? SI NO  
 50 您的疼痛是否有办法减轻? 是 否  
 51 ¿Cuando le da el dolor tiene vómitos o sudor frío? SI NO  
 51 您感到疼痛时是否会呕吐或出冷汗? 是 否

#### DOLOR DE ABDOMINAL 肚子痛

- 52 ¿Hay algo que le aumente el dolor? SI NO  
 52 疼痛是否因某些原因而加剧? 是 否  
 53 ¿El dolor aumenta o disminuye con las comidas? SI NO  
 Aumenta.... Disminuye....  
 53 饭后疼痛会增加还是减轻? 增加.....减轻.....  
 54 ¿Tiene también vómitos? SI NO  
 54 您是否会呕吐? 是 否  
 55 ¿diarrea? SI NO  
 55 您是否拉稀? 是 否  
 56 ¿estreñimiento? SI NO  
 56 您是否便秘? 是 否  
 57 ¿Sangre en heces? SI NO  
 57 您大便是否带血? 是 否

#### TOS 咳嗽

- 58 ¿fiebre? SI NO  
 58 您是否发烧? 是 否  
 59 ¿Cuánto tiempo lleva con la tos?  
 .....Días ..... semanas ..... meses  
 59 您咳嗽多久了? .....天.....周.....月  
 60 ¿Cuando tose más?  
 Por la mañana..... noche..... todo el día.....  
 60 您什么时候咳嗽更重?  
 早上.....晚上.....全天.....  
 61 ¿Cuando tose, expulsa mocos? SI NO  
 61 您咳嗽时是否有痰? 是 否  
 62 ¿Espesos? SI NO  
 62 痰是否很浓? 是 否  
 63 ¿Con sangre? SI NO  
 63 痰是否带血? 是 否

Elaborado por: Fundación Progreso y Salud y Grupo de Atención al Inmigrante de la SAMFyc  
 Diseño y maquetación: Tecnographic, S.L.  
 ©2004 Fundación Progreso y Salud  
 Depósito Legal: SE-538/04

#### UROGENITAL 泌尿生殖

- 64 ¿Le quema al orinar? SI NO  
 64 您小便时是否感到烧热? 是 否  
 65 ¿Orina muchas veces? SI NO  
 65 您是否尿频? 是 否  
 66 Color: .....claro .....oscuro .....sangre  
 66 尿颜色: .....淡色.....深色.....带血  
 67 ¿Le pican los genitales? SI NO  
 67 您生殖器部位是否感到痒? 是 否  
 68 ¿Le duelen los genitales? Pene, uretra, labios, vagina SI NO  
 68 您生殖器是否疼痛? 阴茎, 阴囊, 阴唇, 阴道 是 否  
 69 ¿Le sale algún líquido por los genitales? SI NO  
 69 您生殖器里是否有某些液体流出? 是 否

#### OBSTETRICIA 产科

- 70 ¿Tiene hijos? SI NO  
 Cuantos.....  
 70 您是否有孩子? 是 否  
 71 ¿Ha abortado alguna vez? SI NO  
 71 您是否曾经流产? 是 否  
 72 Número de abortos.....  
 72 流产总数.....  
 73 ¿Está sangrando? SI NO  
 73 您是否有出血? 是 否  
 74 ¿Desde cuándo? .....  
 74 出血有多久了?.....

#### GENERAL 一般情况

- 75 ¿Está mareado? SI NO  
 75 您是否感到恶心? 是 否  
 76 ¿Ha perdido el conocimiento? SI NO  
 76 您是否曾昏迷? 是 否  
 77 ¿Ve bien? SI NO  
 77 您看东西是否清楚? 是 否  
 78 ¿Oye bien? SI NO  
 78 您听觉是否良好? 是 否  
 79 ¿Tiene apetito? SI NO  
 79 您是否有食欲? 是 否  
 80 ¿Se encuentra demasiado cansado? SI NO  
 80 您是否感到非常疲劳? 是 否  
 81 ¿Duerme bien? SI NO  
 81 您是否睡眠正常? 是 否  
 82 ¿Tiene ganas de llorar? SI NO  
 82 您是否想哭? 是 否

#### INDICACIONES 医生说明

- 83 Le vamos a hacer un análisis de orina  
 83 我们将对您化验小便  
 84 Le vamos a hacer un análisis de sangre  
 84 我们将对您化验血  
 85 Le vamos a hacer una radiografía  
 85 我们将对您透视检查  
 86 Le vamos a hacer un electrocardiograma  
 86 我们将对您进行心电图检查  
 87 Le vamos a poner una inyección  
 87 我们将对您进行注射  
 88 Tiene que ir al hospital  
 88 您应该去医院  
 89 Tiene que ir a admisión  
 89 您应该找住院处  
 90 Tiene que ir a enfermería  
 90 您应该找护理处  
 91 Tiene que ir a la trabajadora social  
 91 您应该找社会工作人员。



Fundación Progreso y Salud  
 CONSEJERÍA DE SALUD