



## HOJA DE ENTREVISTA CLINICA PARA EXTRANJEROS CON PROBLEMAS DE IDIOMA QUESTIONNAIRE CLINIQUE S'ADRESSANT AUX ÉTRANGERS NE DOMINANT PAS L'ESPAGNOL

NOMBRE/ NOM \_\_\_\_\_

PAÍS DE ORIGEN/ PAYS D'ORIGINE \_\_\_\_\_ EDAD/ ÂGE \_\_\_\_\_ años/ans

FECHA/DATE \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PRÉCÉDENTS

- 1 ¿Cuánto tiempo lleva en España?  
1 Depuis combien de temps vivez-vous en Espagne?
  - 1.1 Menos de 6 meses  
1.1 Moins de 6 mois
  - 1.2 Menos de 1 año  
1.2 Moins d'un an
  - 1.3 Más de 1 año  
1.3 Plus d'un an
  - 1.4 Más de 3 años  
1.4 Plus de 3 ans
- 2 ¿Cuándo estuvo en su país por última vez?  
2 Quand êtes-vous retourné(e) dans votre pays la dernière fois?
  - 2.1 Menos de 6 meses  
2.1 Moins de 6 mois
  - 2.2 Menos de 1 año  
2.2 Moins d'un an
  - 2.3 Más de 1 año  
2.3 Plus d'un an
  - 2.4 Más de 3 años  
2.4 Plus de 3 ans
- 3 ¿En qué trabaja?  
3 Dans quelle branche travaillez-vous?
  - 3.1 Agricultura  
3.1 Agriculture
  - 3.2 Invernadero  
3.2 Serres
  - 3.3 Construcción  
3.3 Construction
  - 3.4 Otro  
3.4 Divers
- 4 ¿Con quien vive?  
4 Avec qui vivez-vous?
  - 4.1 Solo  
4.1 Seul(e)
  - 4.2 Con familia  
4.2 Avec votre famille
  - 4.3 Con compañeros  
4.3 Avec d'autres personnes
- 5 ¿Es usted diabético? SI NO  
5 Êtes-vous diabétique? OUI NON
- 6 ¿Es usted hipertenso? SI NO  
6 Avez-vous de l'hypertension? OUI NON
- 7 ¿Ha tenido o tiene problemas en los pulmones? SI NO  
7 Avez-vous eu ou avez-vous des problèmes pulmonaires? OUI NON
- 8 ¿Ha tenido o tiene problemas de corazón? SI NO  
8 Avez-vous eu ou avez-vous des problèmes cardiaques? OUI NON
- 9 ¿Ha tenido o tiene problemas de riñón? SI NO  
9 Avez-vous eu ou avez-vous des problèmes rénaux? OUI NON
- 10 ¿Ha tenido o tiene problemas de estomago? SI NO  
10 Avez-vous eu ou avez-vous des problèmes d'estomac? OUI NON
- 11 ¿Ha sido diagnosticado previamente de alguna otra enfermedad?  
SI NO ¿Cuál?  
11 Vous a-t-on diagnostiqué auparavant une maladie quelconque?  
OUI NON ¿Laquelle?
- 12 ¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento? SI NO  
12 Êtes-vous allergique à un médicament ou un aliment quelconque? OUI NON

- 13 ¿Acuáles?  
13 Quels sont-ils?
- 14 ¿Esta tomando ahora algún medicamento? SI NO  
14 Prenez-vous en ce moment un médicament quelconque? OUI NON
- 15 ¿Cuáles?  
15 Lesquels?
- 16 ¿Fuma usted? SI NO  
16 Fumez-vous? OUI NON
- 17 Nº de cigarrillos / día  
17 Nb de cigarettes / jour
- 18 ¿Es bebedor? SI NO  
18 Buvez-vous? OUI NON
- 19 ¿Toma alguna otra droga?  
19 Prenez-vous une drogue quelconque?
- 20 ¿Cuál?  
20 Laquelle?
- 21 ¿Ha estado ingresado alguna vez en un hospital? SI NO  
21 Avez-vous déjà été hospitalisé? OUI NON
- 22 ¿Ha sido intervenido alguna vez quirúrgicamente? SI NO  
22 Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? OUI NON
- 23 ¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre? SI NO  
23 Avez-vous déjà reçu une transfusion de sang? OUI NON
- 24 ¿Tiene puesta alguna vacuna? SI NO  
En caso afirmativo aporte la documentación que lo acredite  
24 Êtes-vous vacciné(e)? OUI NON En cas de réponse affirmative, veuillez apporter les documents le démontrant
- 25 ¿Está usted embarazada? SI NO  
25 Êtes-vous enceinte? OUI NON
- 26 ¿Está dando el pecho? SI NO  
26 Donnez-vous le sein? OUI NON
- 27 ¿Utiliza algún método anticonceptivo? SI NO  
27 Utilisez-vous une méthode contraceptive? OUI NON
- 28 ¿Cuál?  
28 Laquelle?
- 29 ¿Cuándo tuvo la última menstruación? .....  
29 Quand avez-vous eu vos dernières règles? .....

### MUJER FEMME

- 30 Señálese dónde le duele  
30 Signalez l'endroit qui vous fait mal
- 31 Señálese si el dolor le va hacia otra parte  
31 Signalez jusqu'où s'étend la douleur
- 32 ¿Cuánto tiempo hace que tiene dolor?  
32 Depuis combien de temps avez-vous mal?
- 33 Desde hace .....horas .....días .....semanas .....meses  
33 Depuis .....heures .....jours .....semaines .....mois
- 34 ¿El dolor ha aparecido de pronto? SI NO  
34 La douleur est-elle apparue soudainement? OUI NON
- 35 ¿El dolor ha aparecido poco a poco? SI NO  
35 La douleur est-elle apparue peu à peu? OUI NON
- 36 ¿Ha tenido otras veces el mismo dolor? SI NO  
36 Avez-vous eu déjà cette même douleur? OUI NON

### ANAMNESIS ANAMNÈSE

#### DOLOR EN GENERAL DOULEUR EN GÉNÉRAL

- 30 Señálese dónde le duele  
30 Signalez l'endroit qui vous fait mal
- 31 Señálese si el dolor le va hacia otra parte  
31 Signalez jusqu'où s'étend la douleur
- 32 ¿Cuánto tiempo hace que tiene dolor?  
32 Depuis combien de temps avez-vous mal?
- 33 Desde hace .....horas .....días .....semanas .....meses  
33 Depuis .....heures .....jours .....semaines .....mois
- 34 ¿El dolor ha aparecido de pronto? SI NO  
34 La douleur est-elle apparue soudainement? OUI NON
- 35 ¿El dolor ha aparecido poco a poco? SI NO  
35 La douleur est-elle apparue peu à peu? OUI NON
- 36 ¿Ha tenido otras veces el mismo dolor? SI NO  
36 Avez-vous eu déjà cette même douleur? OUI NON

### DOLOR DE CABEZAPERSISTENTE

#### MAUX DE TÊTE PERSISTANTS

- 37 ¿El dolor le dura todo el día? SI NO  
37 La douleur dure-t-elle toute la journée? OUI NON

38 ¿Le calma el dolor con analgésicos?	SI	NO
38 La douleur se calme-t-elle sous l'effet d'analgésiques ?	OUI	NON
39 ¿Le despierta el dolor por la noche?	SI	NO
39 La douleur vous réveille-t-elle la nuit?	OUI	NON
40 ¿Vomita con el dolor?	SI	NO
40 Cette douleur vous fait-elle vomir?	OUI	NON
41 ¿Tiene fiebre?	SI	NO
41 Avez-vous de la fièvre?	OUI	NON

**DOLOR DE HUESOS Y ARTICULACIONES****DOULEURS OSSEUSES ET PROBLÈMES D'ARTICULATION**

42 ¿Mejora el dolor con el reposo?	SI	NO
42 Cette douleur diminue-t-elle si vous vous reposez?	OUI	NON
43 ¿Duele más cuando se mueve?	SI	NO
43 Vous fait-elle plus mal quand vous bougez?	OUI	NON
44 ¿Ha tenido algún golpe en el lugar donde le duele?	SI	NO
44 Avez-vous reçu un coup à l'endroit qui vous fait mal?	OUI	NON
45 ¿Le dura el dolor todo el día?	SI	NO
45 Cette douleur dure-t-elle toute la journée?	OUI	NON
46 ¿Ha tenido fiebre?	SI	NO
46 Avez-vous de la fièvre?	OUI	NON

**DOLOR DE PECHO DOULEUR DE POITRINE**

47 ¿Cuando apareció el dolor estaba en reposo?	SI	NO
47 Quand la douleur est apparue, vous reposiez-vous?	OUI	NON
48 ¿o haciendo algún esfuerzo?	SI	NO
48 ou faisiez-vous un effort?	OUI	NON
49 ¿Aumenta el dolor al toser / respirar / moverse?	SI	NO
49 La douleur augmente-t-elle quand vous toussiez / respirez / bougez?	OUI	NON
50 ¿Le disminuye el dolor de alguna manera?	SI	NO
50 La douleur diminue-t-elle d'une certaine manière?	OUI	NON
51 ¿Cuando le da el dolor tiene vómitos o sudor frío?	SI	NO
51 Quand vous avez mal, vomissez-vous ou avez-vous des sueurs froides?	OUI	NON

**DOLOR DE ABDOMINAL MALAU VENTRE**

52 ¿Hay algo que le aumente el dolor?	SI	NO
52 Y-a-t'il quelque chose augmentant votre mal au ventre?	OUI	NON
53 ¿El dolor aumenta o disminuye con las comidas?		
Aumenta.... Disminuye....		
53 La douleur augmente-t-elle ou diminue-t-elle quand vous mangez?		
Elle augmente.... Elle diminue....		
54 ¿Tiene también vómitos?	SI	NO
54 Vomissez-vous aussi?	OUI	NON
55 ¿diarrea?	SI	NO
55 Avez-vous la diarrhée?	OUI	NON
56 ¿estreñimiento?	SI	NO
56 Êtes-vous constipé(e)?	OUI	NON
57 ¿Sangre en heces?	SI	NO
57 Du sang dans les selles?	OUI	NON

**TOS TOUX....**

58 ¿fiebre?	SI	NO
58 Avez-vous de la fièvre ?	OUI	NON
59 ¿Cuánto tiempo lleva con la tos?		
.....Días ..... semanas ..... meses		
59 Depuis combien de temps toussiez-vous ?		
.....Jours ..... semaines ..... mois		
60 ¿Cuando tose más?		
Por la mañana..... noche..... todo el día.....		
60 Quand toussiez-vous le plus ?		
Le matin.... la nuit.... toute la journée		
61 ¿Cuando tose, expulsa mocos?	SI	NO
61 Quand vous toussiez, expulsez-vous de la morve ?	OUI	NON
62 ¿Espesos?	SI	NO
62 Épaisse?	OUI	NON
63 ¿Con sangre?	SI	NO
63 Avec du sang?	OUI	NON

**UROGENITAL URO-GÉNITAL**

64 ¿Le quema al orinar?	SI	NO
64 Avez-vous des brûlures quand vous urinez ?	OUI	NON
65 ¿Orina muchas veces?	SI	NO
65 Urinez-vous souvent?	OUI	NON
66 Color: ....claro ....oscuro .....sangre		
66 Couleur.....claire.....obscur.....sang		
67 ¿Le pican los genitales?	SI	NO
67 Les parties génitales vous démangent-elles ?	OUI	NON
68 ¿Le duelen los genitales? Pene, uretra, labios, vagina	SI	NO
68 Les parties génitales vous font-elles mal? Le pénis, l'urètre, les lèvres, le vagin	OUI	NON
69 ¿Le sale algún líquido por los genitales?	SI	NO
69 Un liquide quelconque sort-il de vos parties génitales ?	OUI	NON

**OBSTETRICIA OBSTÉTRIQUE**

70 ¿Tiene hijos?	SI	NO
Cuantos.....		
70 Avez-vous des enfants?	OUI	NON
Combien.....		
71 ¿Ha abortado alguna vez?	SI	NO
71 Avez-vous avorté une fois au moins ?	OUI	NON
72 Número de abortos.....		
72 Nombre d'avortements .....		
73 ¿Está sangrando?	SI	NO
73 Saignez-vous ?	OUI	NON
74 ¿Desde cuándo?		
74 Depuis quand? .....		

**GENERAL GÉNÉRAL**

75 ¿Está mareado?	SI	NO
75 Avez-vous mal au cœur?	OUI	NON
76 ¿Ha perdido el conocimiento?	SI	NO
76 Avez-vous perdu connaissance?	OUI	NON
77 ¿Ve bien?	SI	NO
77 Votre vue est-elle bonne ?	OUI	NON
78 ¿Oye bien?	SI	NO
78 Votre audition est-elle bonne ?	OUI	NON
79 ¿Tiene apetito?	SI	NO
79 Avez-vous de l'appétit?	OUI	NON
80 ¿Se encuentra demasiado cansado?	SI	NO
80 Vous sentez-vous trop fatigué(e)?	OUI	NON
81 ¿Duerme bien?	SI	NO
81 Dormez-vous bien?	OUI	NON
82 ¿Tiene ganas de llorar?	SI	NO
82 Avez-vous envie de pleurer?	OUI	NON

**INDICACIONES INDICATIONS**

83 Le vamos a hacer un análisis de orina	
83 Nous allons vous faire une analyse d'urine	
84 Le vamos a hacer un análisis de sangre	
84 Nous allons vous faire une analyse de sang	
85 Le vamos a hacer una radiografía	
85 Nous allons vous faire une radiographie	
86 Le vamos a hacer un electrocardiograma	
86 Nous allons vous faire un électrocardiogramme	
87 Le vamos a poner una inyección	
87 Nous allons vous faire une piqûre	
88 Tiene que ir al hospital	
88 Vous devez aller à l'hôpital	
89 Tiene que ir a admisión	
89 Vous devez aller aux admissions	
90 Tiene que ir a enfermería	
90 Vous devez aller à l'infirmierie	
91 Tiene que ir a la trabajadora social	
91 Vous devez aller voir le travailleur social	