

Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma / **Questionnaire clinique s'adressant aux étrangers ne dominant pas l'espagnol** (francés)

NOMBRE / NOM _____

PAÍS DE ORIGEN / PAYS D'ORIGINEIN _____

EDAD _____ Años / ÂGE _____ 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 estómago?
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 ¿A cuáles?

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?



Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma / **Questionnaire clinique s'adressant aux étrangers ne dominant pas l'espagnol** (francés)

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
24 Êtes-vous vacciné(e)? OUI NON

En caso afirmativo aporte la documentación que lo acredite
En cas de réponse affirmative, veuillez apporter les documents le démontrant

**MUJER
FEMME**

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?

**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 CABEZA PERSISTENTE
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



Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma / **Questionnaire clinique s'adressant aux étrangers ne dominant pas l'espagnol** (francés)

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 tousez / 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 ABDOMINAL
TOUX**

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?

53 La douleur augmente-t-elle ou diminue-t-elle quand vous mangez?

Aumenta____ Disminuye____

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?

59 Depuis combien de temps tousez-vous?

____ días ____semanas ____meses

____ jours ____semaines ____mois

60 ¿Cuando tose más?

60 Quand tousez-vous le plus?

Por la mañana____ noche____ todo el día____

Le matin____ la nuit____ toute la journée____

61 ¿Cuando tose, expulsa mocos? SI NO

61 Quand vous tousez, 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

Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma / **Questionnaire clinique s'adressant aux étrangers ne dominant pas l'espagnol** (francés)

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
70 Avez-vous des enfants? OUI NON

Cuantos _____
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 coeur? 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