

# Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma / **Clinic interview sheet for foreigners with language problems** (inglés)

NOMBRE / NAME \_\_\_\_\_

PAÍS DE ORIGEN / COUNTRY OF ORIGIN \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ Años / AGE \_\_\_\_\_ 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 estómago?  
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 ¿A cuáles?

**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?**



Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma / **Clinic interview sheet for foreigners with language problems** (inglés)

16 ¿Fuma usted? SI NO  
**16 Do you smoke? YES NO**

17 Nº de cigarrillos / día  
**17 N° 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 hace \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ días \_\_\_\_ semanas \_\_\_\_ meses  
**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 CABEZA PERSISTENTE  
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**



Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma / **Clinic interview sheet for foreigners with language problems** (inglés)

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 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?

**53 Does the pain increase or decrease with meals?**

Aumenta\_\_\_\_ Disminuye\_\_\_\_

**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?

**59 How long have you been coughing?**

\_\_\_\_ días \_\_\_\_semanas \_\_\_\_meses

\_\_\_\_ days \_\_\_\_ weeks \_\_\_\_months

60 ¿Cuando tose más?

**60 When do you cough more frequently?**

Por la mañana\_\_\_\_ noche\_\_\_\_ todo el día\_\_\_\_

**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**



Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma / **Clinic interview sheet for foreigners with language problems** (inglés)

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: \_\_\_claro \_\_\_oscuro \_\_\_sangre  
**66. Colour: \_\_\_light \_\_\_dark \_\_\_bloody**

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**  
**OBSTETRICALS**

70 ¿Tiene hijos? SI NO  
**70 Do you have children? YES NO**

Cuantos \_\_\_\_\_  
**How many \_\_\_\_\_**

71 ¿Ha abortado alguna vez? SI NO  
**71 Have you ever aborted? YES NO**

72 Número de abortos \_\_\_\_\_  
**72 Number of abortions \_\_\_\_\_**

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 sleep well? YES NO**

82 ¿Tiene ganas de llorar? SI NO  
**82 Do you feel like crying? YES NO**

**INDICACIONES**  
**INDICATIONS**

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. O să vă facem o radiografie**

86 Le vamos a hacer un electrocardiograma  
**86. O să vă facem o electrocardiogramă**

87 Le vamos a poner una inyección  
**87 Le vamos a poner una inyección**

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**

