

English	Spanish
Medical Chart Phrases	Frases del expediente médico
Basic Information	Información básica
What is your/her/his name?	¿Cuál es su nombre?
Last name? Please...	¿Sus apellidos, por favor?
How do you spell it?	¿Cómo se escribe?
What's the name of your community?	¿Cómo se llama su comunidad?
Where were you (was she/he) born? (In what country?)	¿Dónde nació?, ¿En qué país nació?
How old are you (is she/he)?	¿Cuántos años tiene?
When is your/her/his birthday?	¿Cuál es su fecha de nacimiento?, ¿Cuándo nació?
Do you (does she/he) have health insurance?	¿Tiene seguro social?
Perinatal history (pediatric chart)	Antecedentes perinatales (expediente pediátrico)
Was she/he born on time (9 months)?	¿Nació a tiempo?
What was her/his weight when she/he was born?	¿Cuánto pesó cuando nació?
Family history	Antecedentes familiares
Now I need some information about your family history	Ahora necesito información sobre su familia.
In your family (mother, father, siblings, aunts & uncles, grandparents) is there anyone who has... heart disease (problems), asthma, diabetes, high blood pressure, cancer, convulsions or other illnesses?	¿En su familia (madre, padre, hermanos, tíos, abuelos), hay alguien que padece de...problemas del corazón, asma, diabetes (azúcar en la sangre), presión alta, cáncer, convulsiones u otras enfermedades?
Personal history	Antecedentes personales no patológicos
Now let's talk about you/her/him.	Ahora hablemos de usted/él/ella.
Are your/her/his vaccinations up to date?	¿Tiene las vacunas al día?
Do you (does she/he) have the vaccination card with	¿Anda el carnet/ tarjeta?
Do you (does she/he) have any allergies to food or medications? To what?	¿Tiene alergias a alimentos o medicamentos? ¿A qué?
Do you (does she/he) smoke?	¿Fuma?
Do you (does she/he) drink a lot (of alcohol)?	¿Toma mucho licor?
Do you (does she/he) use drugs (illegal)?	¿Usa drogas?
What kind of work do you (does she/he) do right now?	¿En qué trabaja actualmente?, ¿A qué se dedica?
Medical Personal History	Antecedentes personales patológicos
Do you (does she/he) have any of the following diseases: heart disease (problems), asthma, diabetes, high blood pressure, cancer, convulsions or other illnesses?	¿Usted/él/ella padece de: problemas del corazón, asma, diabetes (azúcar en la sangre), presión alta, cáncer, convulsiones u otras enfermedades?

English	Spanish
Have you (has she/he) ever been hospitalized?	¿Ha sido internado/a en un hospital?
Have you (has she/he) had any surgeries?	¿Ha tenido alguna operación (cirugía)?
Are you (is she/he) currently taking any medications?	¿Está tomando algún medicamento actualmente?
If yes, which medication are you (is she/he) taking?	¿Cuáles medicamentos está tomando?
Gynecoobstetric History	Antecedentes ginecoosbtétricos
How old were you when you got your period for the first time?	¿Cuántos años tenía cuando le vino la regla por primera vez? / ¿Cuándo tuvo su primera regla?
When was your last period?	¿Cuándo tuvo su última regla?
Have you been through menopause yet?	¿Está con la menopausia?
Are you taking anything for birth control? If yes, which one?	¿Está planificando? ¿Qué método usa?
How many pregnancies have you had?	¿Cuántos embarazos ha tenido?
How many times have you given birth?	¿Cuántos partos ha tenido? / ¿Cuántas veces ha dado a luz?
How many caesareans have you had?	¿Cuántas cesáreas ha tenido?
How many miscarriages or abortions have you had?	¿Cuántas pérdidas ha tenido?
How many stillbirths have you had?	¿Cuántos óbitos ha tenido?
How many children do you have?	¿Cuántos hijos tiene?
Chief complaint	Motivo de la consulta
Why did you come today?	¿Por qué vino hoy?
What's hurting you/her/him today?	¿Qué le duele hoy?, ¿Qué le está molestando hoy?
What can I do for you today?	¿En qué le puedo servir?
What is the thing that is bothering you/her/him most right now?	¿Qué es lo que más le molesta ahora?
What makes you/her/him feel better or worse?	¿Qué le hace sentir mejor o peor?
When did this start? How long have you (has she/he) had it?	¿Cuándo empezó? ¿Por cuánto tiempo lo ha tenido?
Does it hurt a lot? Has it prevented you/her/him from going to work?	¿Le duele mucho? ¿Le ha dolido tanto que no ha podido trabajar?
1) Where does it hurt? 2) Does it hurt here? Tell me if it hurts. 3) *On a scale of 1 to 10, how much does it hurt? 4) a lot / a little 5) more / less	1) ¿Dónde le duele? 2) ¿Le duele aquí? Dígame si le duele. 3) *¿En una escala de uno al diez, cuánto te duele? 4) mucho / poco 5) más / menos
Does it make it hard for you /her/him to sleep?	¿Se le hace difícil dormir?
Have you (has she/he) had this before?	¿Ha padecido antes de esta misma dolencia antes?
Does it hurt more at night? Does it itch more at night?	¿Le duele más en la noche? ¿Le pica más en la noche?

English	Spanish
STOMACH/ABDOMINAL PAIN: Describe the pain to me: Is it a burning, or a sharp pain, or a dull pain...	Dígame cómo es el dolor: es un ardor, o un dolor agudo, o un dolor leve, o ...
PARASITES: 1) Does it hurt all the time, or mostly after eating? 2) Does your/her/his anal area itch?	1) ¿Le duele todo el tiempo o sólo después de comer? 2) ¿Le pica el ano/culito?
PARASITES/DIARRHEA: Do you (does she/he) have blood or mucous in your stools?	¿Tiene sangre o mucosidad en las heces?
DIARRHEA: How many times have you/he/she gone today? Is it very watery or just a little loose?	¿Cuántas veces ha ido al baño hoy? ¿Es muy aguado, o solo un poco flojo?
GASTRITIS, LACTO. INTOLERANCE: Does it hurt more after you/she/he eat(s) certain foods (pork, milk, etc.)?	¿Le duele más después de comer ciertas cosas (cerdo, leche, etc.)?
AMOEBAS, GIARDIA: Do you (does she/he) have a lot of gas? Are you (is she/he) burping and farting a lot?	¿Tiene mucho gas? ¿muchos eructos?
HEADACHES, DIZZINESS: When does this happen? After you/she/he exercise, study, or have an argument, or does it hurt all the time?	¿Cuándo le pasa esto, después de hacer ejercicio, estudiar, o tener una discusión, o todo el tiempo?
Do you have family problems?	¿Tiene algún problema en la familia? O en el trabajo?
BACK PAIN/TENDONITIS: Does it hurt more after you do something, like work, or after lifting heavy things or washing clothes?	¿Le duele más después de hacer ciertas cosas, como trabajar, levantar cosas pesadas o lavar ropa?
ALLERGIES: Does it happen when there's a lot of wind?	¿Le pasa cuando hace mucho viento?
SKIN ALLERGIES: Did it happen after eating something, or after washing or putting on some kind of cream or shampoo?	¿Pasó después de comer algo, o después de haber lavado ropa, o después de usar alguna crema o champú?
UTIs: 1) Do you have the urge to go often, but not much comes out? 2) Do you feel a burning when you urinate?	1) ¿Tiene ganas de orinar mucho, pero sale poco? 2) ¿Tiene chistate (cistitis)? ¿Le arde al orinar?
SCABIES, FUNGAL/VAGINAL INFECTIONS: Does it itch?	¿Le pica?
VAGINAL INFECTIONS: 1) What color is the discharge? 2) Does it smell bad? What does it smell like? 3) Are you sexually active? 4) Does your partner have this too?	1) ¿Qué color es la humedad? (NI), ¿Qué color es la secreción? (CR) 2) ¿Huele mal? ¿A qué huele? 3) ¿Es sexualmente activa (o)? ¿Tiene relaciones sexuales? 4) ¿Su pareja tiene lo mismo?
Does anyone in your/her/his family or neighborhood have the same thing?	¿Hay alguien en su familia o barrio que tiene lo mismo?
Have you (has she/he) taken anything for this?	¿Ha tomado algo para esto?

English	Spanish
Have you (has she/he) taken any medicine or home remedy for this?	¿Ha tomado alguna medicina o remedio para esto?
Did it help?	¿Le ayudó? ¿Le cayó bien?
Have you (has she/he) seen a doctor or anyone else about this?	¿Ha ido a consulta con un médico u otra persona para esto?
What did they tell you? What did they give you?	¿Qué le dijo? ¿Qué le dió?
Vital signs and physical exam	Vital signs and physical exam
I am going to take your/her/his blood pressure	Voy a tomar su presión arterial
Please extend your arm.	Extienda el brazo por favor.
It won't hurt.	No le va a doler
I am going to take your/her/his Respiratory Rate / Heart Rate	Voy a tomar su Frecuencia Respiratoria / Ritmo Cardíaco
I am going to take your/her/his Pulse	Voy a tomar su Pulso
I am going to take your/her/his Temperature	Voy a tomar su Temperatura
I am going to take your/her/his Height / Weight	Voy a tomar su Estatura / Peso
Please take off your/her/his shoes and get on the scale.	Por favor quítese los zapatos y suba a la pesa.
We need to test your/her/his blood sugar	Necesito examinar el azúcar en la sangre
You/She/He will feel just a pinch	Va a sentir una punzadita
Don't look at your finger. Look towards the other side	No vea el dedo. Vea hacia otro lado
Bring an urine sample in this cup please	Tráigame una muestra de orina en este vasito por favor
Wait here while I do the testing	Espere aquí mientras hago la prueba
Go and discard the urine in the bathroom please	Vaya y bote los orines en el baño por favor
Follow my fingers with your eyes	Siga mi dedo con los ojos
Open your mouth please	Abra la boca por favor
Stick your tongue out. Say "ahh".	Saque la lengua. Diga "ahhh".
1) Take a deep breath 2) Breath out 3) Repeat again please	1) Respire profundo 2) Bote el aire 3) Repita otra vez por favor
Thank You	Gracias
Have a good day	Que tenga un buen día
Good bye / See you later	Adiós / Hasta luego
Body parts - General system	Partes del cuerpo - General
The Head	La Cabeza
The Face	La Cara
The Back	La Espalda
The Bones	Los Huesos
The Muscles	Los Músculos
The Skin	La Piel

English	Spanish
The Blood	La Sangre
The Torso	Body El Tronco
The Veins	Las Venas
Body parts- Face and neck	Partes del cuerpo – Cara y cuello
The Mouth	La Boca
The Hair	El Cabello
The Cheeks	Los Cachetes
The Neck	El Cuello
The Teeth	Los Dientes
The Forehead	La Frente
The Lips	Los Labios
The Tongue	La Lengua
The Cheeks	Las Mejillas
The Chin	El Mentón
The Nose	La Nariz
The Back Of The Neck, Nape Of The Neck	La Nuca
The Eyes	Los Ojos
The Ears	Las Orejas
The Hair	El Pelo
Body parts- Upper body	Partes del cuerpo – Parte superior
The Abdomen	El Abdomen
The Forearms	Los Antebrazos
The Arms	Los Brazos
The Waist	La Cintura
The Elbows	Los Codos
The Shoulders	Los Hombros
The Navel, Belly Button	El Ombligo
The Chest	El Pecho
Body parts - Hands	Partes del cuerpo - Manos
The Fingers	Los Dedos
The Hands	Las Manos
The Wrists	Las Muñecas
Body parts- Lower body	Partes del cuerpo – Parte inferior
The Thighs	Los Muslos
The Buttocks	Las Nalgas
The Calves (Spain)	Las Pantorrillas
The Penis	El Pene
The Legs	Las Piernas
The Feet	Los Pies

English	Spanish
The Knees	Las Rodillas
The Heels	Los Talones
The Vagina	La Vagina
Body parts- Internal organs	Partes del cuerpo – Órganos internos
The Appendix	El Apéndice
The Brain	El Cerebro
The Colon	El Colon
The Spinal Column	La Columna Vertebral
The (O)Esophagus	El Esófago
The Glands	Las Glándulas
The Liver	El Hígado
The Stomach	El Estómago
The Bowels, Intestines	Los Intestinos
The Small Intestine	El Intestino Delgado
The Large Intestine	El Intestino Grueso
The Womb	La Matriz
The Ovaries	Los Ovarios
The Pancreas	El Páncreas
The Kidneys	Los Riñones
The Womb, Uterus	El Útero
The Bladder	La Vejiga
The Gallbladder	La Vesícula Biliar

Buenas tardes (buenos días) Somos estudiantes de los Estados Unidos y nos gustaría hacerles unas preguntas sobre la salud de los miembros de su casa. ¿Nos permite? Gracias.

Name of respondent: Nombre del entrevistado

¿Cuál es su nombre?

Community name: Nombre de la comunidad

¿Cuál es el nombre de esta comunidad/vereda/barrio?

Address: Dirección de casa

¿Cuál es la dirección de esta casa/domicilio?

I. Members of the household: Miembros de la casa

Vamos a hablar sobre las personas que viven en esta casa permanentemente y de mayor a menor edad.

Name: Nombre

¿Cuál es el nombre de la persona mayor? (¿la/ el qué le sigue?)

Date of birth: Fecha de nacimiento

¿Cuándo nació? ¿Cuál es la fecha de su nacimiento?

Sex M/F: Sexo

Present Work: Trabajo actual

¿En qué trabaja? ¿A qué se dedica?

Birthplace: Lugar de nacimiento

¿En dónde nació?

Social insurance Y/N: Seguro Social

¿Tiene seguro social?

Highest level of education achieved: Nivel de educación alcanzado

¿Hasta qué grado llegó? ¿Cuál es su nivel de educación?

Chronic diseases: Enfermedades crónicas

¿Padece de alguna enfermedad crónica como Diabetes, presión alta?

Smoking: Tabaquismo

¿Fuma?

Excessive alcohol consumption: Consumo excesivo de alcohol

¿Toma mucho licor? ¿Cuánto licor toma regularmente? ¿Cuántas cervezas o tragos por semana?

Immunizations up to date? Inmunizaciones al día

¿Tiene las vacunas al día? ¿Recibió todas las vacunas desde su niñez?

Date of last parasite treatment Último tratamiento antiparasitario

¿Cuándo fue la última vez que tomó tratamiento contra los parásitos? ¿Cuándo fue la última vez que se purgó? ¿Qué tomó?

II. Home Environment / Ambiente del hogar (Interviewer- Check personally)

Ahora vamos a hablar un poquito de la estructura de su casa.

What kind of materials is the house made of?

¿De qué material está hecha la casa?

All permanent materials Todo de material permanente

Wood Madera **Cement** Cemento

Partially permanent materials Parcialmente de material permanente

Solo una parte de material permanente

No permanent materials Ningún material permanente

(Interviewer- Check personally, do not ask) Is the house hygienic enough?

¿La casa presenta higiene adecuada? Yes/Sí___ No___

Environment hazards (Paint cans, electrical wires, water/air pollution, etc.) Peligros ambientales (latas de pintura, cables eléctricos, contaminación de agua/ aire, etc.)

¿Hay alguna preocupación de riesgo ambiental (latas de pintura, cables eléctricos, contaminación de agua/aire, etc.)?

Flood or mudslide danger / Peligro de inundación o deslizamiento

¿Hay peligro de inundación o deslizamiento (terraplén)?

Type of toilet Tipo de inodoro

¿Qué tipo de baño tiene? ¿Qué tipo de servicio sanitario tiene?

Flush toilet Inodoro

Latrine Letrina

With a cover Con tapa

No cover Sin tapa

No toilet or latrine No hay inodoro ni letrina

What is the source of drinking water for the household?

¿Cuál es la fuente de agua que se utiliza en la casa?

¿De dónde viene el agua que se utiliza en la casa para consumir?

River or stream Río o quebrada

Unprotected well Pozo no protegido

Protected Well Pozo protegido

Protected spring Manantial protegido

Rainwater Agua de lluvia

City potable water/rural aqueduct Agua municipal o acueducto/acueducto rural

Any other (specify) Otro. Especifique

Do they cook with wood, crop wastes, charcoal, gas, electricity?

¿Cocinan con leña, desechos, carbón, gas, electricidad?

¿Qué utilizan para cocinar? Leña?, desechos?, carbón?, gas? electricidad?

Inside the house? ¿Cocinan dentro de la casa?

How is the garbage disposal? ¿Cómo es la disposición de la basura?

¿Cómo se desecha la basura?

Burn near the house La queman cerca de la casa

Burn far from the house La queman lejos de la casa

Municipal waste collection Recolección municipal de la basura

Landfill near the house Botadero cerca de la casa

III. Public Health / Salud Pública

Por último, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre salud pública.

Do community health workers visit your home? ¿Promotores de salud visitan su casa?

Yes/ Sí ___ No ___ When? ¿Cuándo?

¿Hay promotores de salud que han visitado su casa? ¿Cuándo vinieron?

What was the reason? / ¿Por qué motivo?

¿A qué vinieron?

Buenos días/Buenas tardes, bienvenido/a(s) a la clínica. Voy a hacerle algunas preguntas para evaluar lo que le sucede. ¿Comenzamos?

Fecha **Date:**

Comunidad **Community:**

Nombre **First and Last Name:** *¿Cuál es el nombre del niño (de la niña)?*

Lugar de nacimiento **Birth Place:** *¿Dónde nació?*

Edad **Age:** *¿Cuántos años tiene?*

Fecha de nacimiento **Date of birth** (D/M/Y)
*¿Cuándo nació? ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
¿Cuándo es su cumpleaños?*

Sexo **Sex:** M / F

Seguro Social **Social security** *¿Tiene seguro social?*

ANTECEDENTES PERINATALES Perinatal History (“After birth” Check the baby’s card)

*Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre el nacimiento del niño/ de la niña. ¿Tiene el libro azul?
¿Hubo alguna complicación a la hora del nacimiento? ¿Nació a tiempo? ¿Cuánto pesó al nacer?*

√/-	Término Term
	RNPre (premature)
	RNT (9 months)
	RNPost (after 9 months)

√/-	Peso al nacer Birth weight
	PEG (<2500 g)
	AEG (>2500 g)
	GEG (>4000 g)

ANTECEDENTES FAMILIARES Family History (familiares de primer grado/**note first degree relatives**)

Ahora, hablemos de la historia médica de los familiares del niño/niña. Hablemos ahora de la salud de los familiares cercanos. ¿Alguien en la familia del niño/niña tiene...? ¿Alguien en la familia padece de...?

Enf. Cardíacas (¿Problemas del corazón?) Heart Disease	Cáncer Cancer
Asma Asthma	Convulsiones/Epilepsia Seizures/ Epilepsy
Diabetes Mellitus (¿Azúcar en la Sangre?)	Otros Other? <i>¿Algo más? ¿Alguna otra enfermedad en su familia?</i>
Hipertensión Arterial ¿Presión Alta? High Blood Pressure	

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS Personal History

Ahora, le voy a hacer algunas preguntas sobre la historia médica del niño (de la niña). Ahora le voy a preguntar sobre la salud del niño (de la niña).

Inmunizaciones al día Vaccines up to date <i>¿Tiene las vacunas al día?</i> ¿Carné revisado? Card Check? <i>¿Tiene el carné (cartilla) de vacunas al día?</i>
Alergias a medicamentos/alimentos Food/medication allergies <i>¿Padece de alergias a medicamentos o alimentos?</i> ¿A qué? To what? <i>¿A qué tiene alergia?</i>
Fuma alguien en el hogar Smoking at home or cook with wood <i>¿Alguien fuma en casa o cocina con leña?</i>

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS **Medical Personal History**

¿El niño (la niña) tiene...? / ¿El niño (la niña) padece de...?

Enf. Cardíacas Heart Disease <i>¿Problemas del corazón?</i>	Cáncer Cancer <i>¿Cáncer?</i>
Asma Asthma <i>¿Asma?</i>	Convulsiones/ Epilepsia Seizures/Epilepsy <i>¿Epilepsia?</i>
Otros Other? <i>¿Alguna otra enfermedad?</i>	
Hospitalizaciones Hospitalizations <i>¿Alguna vez ha estado internado(a) en un hospital? ¿Cuál fue la razón?</i>	
Cirugías Surgeries <i>¿Lo/la han operado?</i>	
Medicamentos Medication <i>¿Toma algún medicamento?</i>	

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS **Gynecological history (only GIRLS over 9 years)**

¿Cuándo tuvo su primera regla/Menstruación? Age of first period <i>¿Cuándo tuvo su primera regla/primer período/menstruación?</i>
¿Cuándo tuvo su última regla/ Menstruación? Last Period <i>¿Cuándo tuvo su última regla/último período/ menstruación?</i>

Motivo de Consulta **Main Complain** *¿por qué trajo al niño (niña) a la clínica hoy?/ ¿qué lo(a) trajo a la clínica hoy?/ ¿por qué necesita que el médico lo(a) vea?*

Inicio y duración de síntomas **Onset and duration of symptoms** *¿Cuándo empezaron los síntomas?*

Severidad **Severity** *¿Del 1 al 10, cuán grave(s) es/son los síntomas (dolor)? ¿Cuánto le duele?*

Características **Characteristics** *¿Es peor en la mañana, la tarde o la noche? ¿Cuándo empeora? Describa el problema.*

Exposición a infecciones **Infection exposures:** *¿Ha estado expuesto(a) a alguna infección o cerca de personas enfermas? ¿Alguien más en la casa padece de lo mismo?*

Tratamientos **Any Treatments** *¿Le ha dado algún medicamento para este problema?*

Otros síntomas **Other symptoms** *¿Tiene otros síntomas? / ¿Tiene otros problemas?*

SIGNOS VITALES Y EXAMEN FÍSICO **Vital signs and Physical exam***Ahora si nos permite, le vamos a hacer un examen físico y tomar los signos vitales.*

Peso Weight (Kg)	Talla Height (cm)	Circunferencia cefálica Cephalic circumference	Presión Arterial Blood Pressure	Índice de Masa Corporal BMI
Pulso Pulse	Frecuencia respiratoria Respiratory frequency	Temperatura (C°) Temperature	Exámenes complementarios Additional test	
			Uroanálisis Urinalysis:	
			Glicemia Glucose test:	

	Normal	Anormal abnormal	No valorado Not checked		Normal	Anormal abnormal	No valorado Not checked
Estado general General Condition				Pulmonar Lungs			
Piel Skin				Abdomen Abdomen			
ORL Ears, throat, larynx				Neurológico Neurological			
Cardíaco Heart				Genitales Genitals			

Especifique lo anormal **Specify the abnormal**Gráfica de Crecimiento. Interprete **Growth chart** _____Tratamiento **Treatment** _____Impresión Diagnóstica **Diagnosis** _____Firma médico y sello **Physician's signature and seal**Hora **Hour**

Buenos días/Buenas tardes, bienvenido/a(s) a la clínica. Voy a hacerle algunas preguntas para evaluar lo que le sucede. ¿Comenzamos?

Fecha **Date:**

Comunidad **Community:**

Nombre **First and Last Name:** *¿Cuál es el nombre del niño (de la niña)?*

Lugar de nacimiento **Birth Place:** *¿Dónde nació?*

Edad **Age:** *¿Cuántos años tiene?*

Fecha de nacimiento **Date of birth** (D/M/Y)
*¿Cuándo nació? ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
¿Cuándo es su cumpleaños?*

Sexo **Sex:** M / F

Seguro Social **Social security** *¿Tiene seguro social?*

ANTECEDENTES FAMILIARES Family History (familiares de primer grado/**note first degree relatives**)
Ahora, hablemos de la historia médica de sus familiares/ Hablemos ahora de la salud de sus familiares cercanos. ¿Alguien en su familia tiene...? ¿Alguien en su familia padece de...?
(√) Positive statements* (-) Negative statements*

Enf. Cardíacas (¿Problemas del corazón?) Heart Disease	Cáncer Cancer
Asma Asthma	Convulsiones/Epilepsia Seizures/ Epilepsy
Diabetes Mellitus (¿Azúcar en la Sangre?)	Otros Other? <i>¿Algo más? ¿Alguna otra enfermedad en su familia?</i>
Hipertensión Arterial ¿Presión Alta? High Blood Pressure	

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS Personal History

Ahora le voy a preguntar sobre su salud/ Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su historia médica.

Inmunizaciones al día Vaccines up to date <i>¿Tiene usted las vacunas al día? ¿Tiene el carné (la cartilla) de vacunas al día?</i> ¿Carné (cartilla) revisado? Card Check?		
Alergias a medicamentos/alimentos Food/medication allergies <i>¿Padece de alergias a medicamentos o alimentos?</i> ¿A qué? To what? <i>¿A qué tiene alergia?</i>		
Fuma alguien en el hogar Smoking at home or cook with wood <i>¿Alguien fuma en casa o cocina con leña?</i>	Alcohol Alcohol abuse <i>¿Toma mucho licor?</i> <i>¿Toma alcohol en exceso?</i>	Drogas Drugs <i>¿Consume algún tipo de drogas?</i>
Trabajo actual Present Occupation <i>¿A qué se dedica? ¿En qué trabaja?</i>		

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS **Medical Personal History**

¿Usted tiene...? / ¿Usted padece de...?

Enf. Cardíacas Heart Disease <i>¿Problemas del corazón?</i>	Cáncer Cancer <i>¿Cáncer?</i>
Asma Asthma <i>¿Asma?</i>	Convulsiones/ Epilepsia Seizures/Epilepsy <i>¿Epilepsia?</i>
Diabetes Mellitus <i>¿Azúcar en la sangre?</i>	Hipertensión arterial High Blood Pressure <i>¿Presión Alta?</i>
Otros Other? <i>¿Alguna otra enfermedad?</i>	
Hospitalizaciones Hospitalizations <i>¿Alguna vez ha estado internado(a) en un hospital? ¿Cuál fue la razón?</i>	
Cirugías Surgeries <i>¿Lo/la han operado?</i>	
Medicamentos Medication <i>¿Toma algún medicamento?</i>	

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS **Gynecological history (only WOMEN)**

¿Cuándo tuvo su primera regla/Menstruación? Age of first period <i>¿Cuándo tuvo su primera regla / primer período / menstruación?</i>	¿Cuándo tuvo su última regla/ Menstruación? Last Period date <i>¿Cuándo tuvo su última regla/último período/ menstruación?</i> Menopausia Menopause <i>¿Está en la menopausia?</i>	
¿Usted Planifica? Contraceptives <i>¿Usted planifica? ¿Usa algún método de Anticoncepción?</i> ¿Con qué método? Method <i>¿Qué método utiliza?</i>		
¿Cuántos embarazos ha tenido? Pregnancies <i>¿Cuántos embarazos ha tenido?</i>	¿Cuántos partos? Births <i>¿Cuántos partos ha tenido?</i>	¿Cuántas cesáreas? Cesareans <i>¿Cuántas cesáreas?</i>
¿Cuántas pérdidas? Abortions <i>¿Cuántas pérdidas ha tenido?</i>	¿Tuvo alguna pérdida por muerte del bebé en el útero? Stillbirths <i>¿Tuvo alguna pérdida por muerte del bebé en el útero?</i>	¿Cuántos hijos vivos tiene? Live children <i>¿Cuántos hijos vivos tiene?</i>

Motivo de Consulta **Main Complain** *¿por qué vino a la clínica hoy?/ ¿qué lo(a) trajo a la clínica hoy?/ ¿por qué necesita que el médico lo(a) vea?*

Inicio y duración de síntomas **Onset and duration of symptoms** *¿Cuándo empezaron los síntomas?*

Severidad **Severity** *¿Del 1 al 10, cuán grave(s) es/son? ¿Cuánto le duele?*

Características **Characteristics** *¿Es peor en la mañana, la tarde o la noche? Describa el problema. Hábleme del problema*

Exposición a infecciones **Infection exposures:** *¿Ha estado expuesto(a) a alguna infección o cerca de personas enfermas?*

Tratamientos **Any Treatments** *¿Le ha dado algún medicamento para este problema?*

Otros síntomas **Other symptoms** *¿Tiene otros síntomas? / ¿Tiene otros problemas?*

SIGNOS VITALES Y EXAMEN FÍSICO **Vital signs and Physical exam***Ahora si nos permite, le vamos a hacer un examen físico y tomar los signos vitales.*

Peso Weight (Kg)	Talla Height (cm)	Presión Arterial Blood Pressure	Índice de Masa Corporal BMI
Pulso Pulse	Frecuencia respiratoria Respiratory frequency	Temperatura (C°) Temperature	Exámenes complementarios Additional test Uroanálisis Urinalysis: Glicemia Glucose test:

	Normal	Anormal abnormal	No valorado Not checked		Normal	Anormal abnormal	No valorado Not checked
Estado general General Condition				Pulmonar Lungs			
Piel Skin				Abdomen Abdomen			
ORL Ears, throat, larynx				Neurológico Neurological			
Cardíaco Heart				Genitales Genitals			

Especifique lo anormal **Specify the abnormal**Gráfica de Crecimiento. Interprete **Growth chart** _____Tratamiento **Treatment** _____Impresión Diagnóstica **Diagnosis** _____Firma médico y sello **Physician's signature and seal**Hora **Hour**
