

SHAC sheets for SALSA

Signos Vitales/Muestras vitales:

La presión: Déjeme tomarle la presión. Es normal, está alta/baja

La temperatura: Voy a tomarle su temperatura. Ponga el termómetro debajo de la lengua.

Tiene fiebre (calentura)/un poco de fiebre.

Altura: pies 3.28 en un metro; (inches) pulgadas 0.39 en un centímetro. Voy a medir su altura. Cuánto mide usted?

Peso: libras 2.2 en un kilogramo. Cuánto pesa usted? Camine por la escala (balanza). Párese aquí.

Vista (vision): Tiene problemas con su vista? Blurred vision = vista borrosa/nublada. Voy a probar su visión con una carta de examen visual/carta de snellen. Párese aquí y mire a la carta de examen visual. Cubra un ojo y lea en voz alta las letras. Empiece aquí/con esta línea. Ahora repita/hágalo con el otro.

HPI:

Cuál es la razón de su visita?

Cuándo empezó el problema?

Dónde empezó/está? Señale con un dedo donde le duele más.

Se extiende el dolor a otras partes? De dónde a dónde?

Hace cuánto tiempo que/desde cuándo tiene/cuánto le duró el problema?

Cúales síntomas tiene/qué siente? Acaba de empezar el dolor otra vez?

Es el dolor peor unas veces que otras? Es continuo?

Es el dolor:

-doloroso (aching) -ardiente (burning) -constante -monótono (dull)

-espasmódico/con calambres (cramping) -intermitente -afilado (sharp)

-ligero (mild) -moderado -severo -apretante (squeezing)

-pulsante (throbbing)

Tiene flema? De qué color? Clara/amarillo/verde/gris

Ha hecho/tomado algo para aliviar su problema? Hay algo que lo hace sentir mejor?

Le hace sentir mejor estar sentado/acostado?

Por ejemplo: herbarias, drogas compradas sin receta. Cuántos miligramos?

Cómo se siente emocionalmente?

Medicinas/medicaciones

Está tomando medicinas actualmente?

Toma algunas medicinas incluyendo medicinas recetadas o compradas sin receta, medicina herbaria, vitaminas?

Ha tenido problemas con estas medicinas?

Tiene usted alergia a alguna medicina o comida?

bee/hornet sting = picadura de abeja/avispon

Cuándo fue la última vez que tuvo la vacuna de tetano (que le protege contra la herrumbre – rust)?

Cuándo fue su último examen físico/dental?

Drogas

Usa usted tabaco actualmente? Qué tipo?

Fuma or usa tabaco de mascar? Cigarillos = cigarettes Cigarros = cigars.

Cuántos paquetes/cajetillas fuma por día?

Está interesado en abandonar su hábito/en parar? Quiere dejar de fumar?

Ha usado tabaco en el pasado? Cuándo lo usó? Cuándo dejó de fumar?

Toma alguna vez alcohol? Qué tipo y cuántas por semana (cerveza, licor fuerte, vino)?

Ha usado drogas?

Terapia física

Le cogen a usted mareos (dizzy spells)? Pierde el equilibrio (balance)?

Se ha caído muchos veces? Tiene historia de la caída? Se cayó a menudo/demasiado?

Tiene algunos dolores en los músculos o en las articulaciones (joints)?

A veces le duele los músculos o articulaciones?

Experimenta/se siente usted la debilidad, entumecimiento/falta de sensación (numbness), o tiesura (stiffness)?

Tiene usted dolor de rodilla o de cadera (knees or hips) (solo si tiene menos que 18 años)?

Cree usted que necesita un programa del ejercicio?

Las mujeres

Algunas de estas preguntas serán difíciles de contestar. Pero tenemos que hacerles estas preguntas a todas las mujeres.

Historia menstrual

Cuándo tuvo su última regla/menstración/perdida?

Ha tenido una regla anormal or ha faltado una regla en el último año?

Cuántos días dura su regla normalmente? Sangra excesivamente en sus reglas?

Cómo es su flujo? Cuánta sangre tiene? (excesivo, no mucho, normal)

Le coge manchas de sangre entre las reglas?

Qué edad tenía cuando empezó la menstruación?

Con qué frecuencia tiene la regla (cada __ días)?

45-55 años: Todavía tiene la regla o ha empezado menopausa/cambio de vida?

Experimenta los signos de menopausa – fogajes (hot flashes), sequedad vaginal, cambios emocionales, dolor de cabeza, retención del fluido?

Se examina los senos regularmente usted misma? Quiere aprender más sobre cómo examinarse los senos?

Historia ginecológica

Tengo una lista de preguntas sobre su historia ginecológica. Si experimenta estos síntomas ahora o en el pasado dígame... Experimenta alguna vez/le coge:

- un dolor o un ardor (burning sensation) cuando orina
- infección de las vías urinarias/de las vías vaginales
- secreción (superación) vaginal u olor vaginal
- picazón (itching), ardor, úlceras (llaga = sore), o verruga (wart) vaginales

- gonorrea, sífilis, clamidia, SIDA/VIH (síndrome de inmunodeficiencia adquirida/virus de la inmunodeficiencia humana), o alguna otra enfermedad pasada sexualmente/enfermedad venerea
- dolor abdominal o endometriosis (abscesos uterinos)
- PID/enfermedad inflamatoria pélvica/infección del útero o tubo de falopio
- crecimientos o fibroides del útero
- un papanicolau anormal (le hicieron un papanicolau?)
- dolor, flujo de sangra (hemorragia) o sequedad con relaciones sexuales

Le coge calambres (cramps) severos o incomodidad premenstruales (antes de su regla)?

Usa alguna vez lubricantes vaginales?

Usa ducha vaginal/irrigación?

Historia de embarazo

Cuántas veces ha estado embarazada? Cuántos partos (births) ha tenido?

Tuvo alguna complicación cuando estuvo embarazada?

Ha tenido algún malparto (miscarriage), aborto voluntario, nacimiento de niño muerto?

Qué edad tenía cuando se embarazó por primera vez?

Está embarazada ahora? Quiere estar embarazada ahora?

Historia sexual

Tiene actualmente una relación sexual con una o más de una pareja?

Ha tenido una relación sexual en los últimos 6 meses?

Es su pareja un hombre o una mujer? Tiene parejas varrones o mujeres o ambos?

Si tiene relaciones sexuales, usa anticonceptivos/protección? Qué tipo?

- condones
- diafragma
- crema vaginal de espuma (foam)
- pastillas anticonceptivas
- la inyección de depo
- capa cervical
- método rítmico
- dispositivo intrauterino/T de cobre

Con qué frecuencia usa una forma anticonceptiva? Todas las veces?

Si no, porqué no usa anticonceptivos cada vez?

Ha tenido relaciones sexuales sin anticonceptivos desde su ultima regla?

Las siguientes cosas son factores de riesgo por la SIDA: parejas bisexuales, parejas multiples, uso de drogas intravenosas, relaciones sexuales con una persona que usa drogas intravenosas, relación sexual anal, y hemofilia – la sangre no se coagula y resulta en hemorragia.

Ahora, cree que corre un riesgo (run the risk) de tener SIDA?

Quiere más información sobre los anticonceptivos y prevención de los enfermedades sexuales?

Quiere que le demos una prueba de enfermedades venereas?

Le ha forzado alguien tener relaciones sexuales contra su voluntad?

Le ha pegado alguien, dado una patada o una bofetada en el año pasado?

Historia familiar

Parientes de sangre – madre, padre, hermanos, tíos, abuelos

Hay una historia de/ay alguien en su familia que haya tenido:

- enfermedad cardiaca/del corazón
- cancer
- diabetes
- enfermedad de los riñones
- hipertension
- enfermedad mental
- convulsiones
- tuberculosis

- anemia de células falciformes (sickle cell) - hepatitis
- asma - enfermedad grave durante la niñez - colesterol alto - enfermedad venerea
Otra información médica que me quiere contar

Vocabulary

Partes del cuerpo

Ankle= el tobillo

Bladder = la vejiga

Elbow = el codo

Forehead = la frente

Jaw = la mandíbula

Hip = la cadera

Liver = el hígado

Lung = el pulmón

Navel = el ombligo

Rib = la costilla

Thigh = el muslo

Shoulder = el hombro

Waist = la cintura

Wrist = la muñeca

Misc.

Anxiety: ansiedad

Bandage: el vendaje, la cura

Blister: la ampolla

Burning: ardiente

Bruise: el moretón

Bump: el chichón

Burn: quemada

Cast: el yeso

Chicken pox: varicela

Chills: los escalofríos

Cold: el resfrío, resfriado

Constipation: estreñimiento

Cough: la tos

Cramp: calambre

Cut: el tajo, el corte

Cyst: el quiste

Discharge: flujo

Degree: grado

Faint: un desmayo

Fever: la fiebre

Fracture: fractura

Gout: la gota

Health: la salud

Helmet: el casco

Hives: urticarias

Hoarseness: ronquera

Hurt: el daño

Injury: la herida

Itch: picar, la picazón
Lump: el bulto, la masa, la bola
Measles: la sarampión
Mole: el lunar
Nausea: nausea
Pill: pastilla, pildora
Pimple: el grano
Poison: veneno
To push: empujar
Rash: erupción, salpullido
Rubella: rubeola
Runny nose: goteo nasal
Sample, specimen: muestra
Scar: la cicatriz
To scratch: rascarse
Smallpox: viruela
To sneeze: estornudar
To sprain: torcer
Sputum: esputo
To squeeze: apretar
Stab: puñalada
Stitch: puntada
Stiff: rígido
Stool: excremento, evacuación
Stroke: ataque, derrame
Suture: sutura
To swallow: tragar
Sweat: sudor
Swollen: hinchado
Tingle: hormigueo
Throbbing: pulsante
Tremors/shakiness: temblores
Unconscious: inconciente
Urine: orina
Weak: débil
Wheeze: silbido
Wound: herida

Physical exam phrases for interpreters

Vitals

Parese o póngase con la espalda contra la pared; pongase firme

Súbbase en la balanza

Abra la boca; mantenga el termómetro debajo de la lengua; cierre la boca

Blood pressure: reláje el brazo

HEENT

Fundoscopic exam: Mire un punto en la pared y mantenga la vista

Extraocular movements: Mire a su dedo; siga el dedo con los ojos sin mover la cabeza

Cardiopulmonary

Respire profundo con la boca abierta

Respire normal

Abdomen

Acuestese con la boca arriba, con los tobillos doblados

Liver palpation: Respire profundo; manténgase; expire

Digame si algo le duele

MSK

Muscle strength: Haga fuerza contra la fuerza que el/ella hace; resista lo que el/ella hace
Empuje/Jale

Developmental for kids

Dibuje un círculo/una persona

Digame tres colores

Mantengase parado sobre una pierna (como flamenco)

Salte

Camine así

Vision

Parese en la línea

Cubra un ojo y lea las letras; y con el otro ojo; con los dos ojos abiertos

Hearing

Cuando oye el sonido, levante la mano en el lado en que lo oyes

SHAC Public Health Assessment (MALE)

Ejercicio:

Cuenteme acerca del ejercicio que usted hace regularmente.

- Trate de hacer treinta minutos de ejercicio por lo menos cuatro veces por semana
- Hacer ejercicio reduce el riesgo de enfermedades del corazón, algunos cánceres y sobrepeso. Mejora energía y reduce estrés.
- Hay estudiantes de terapia física para charlar acerca de ejercicios específicos, y cualquier problema de los músculos o de articulaciones.

Nutrición:

¿Como se siente de sus hábitos de comer en general?

- Enfatizar salud en ves de adelgazamiento.
- Intenta comer cinco frutas y vegetales, mientras que reduce comidas procesadas, grasosas y fritas y comida con azúcar agregada.
- Tome agua en ves de gaseosas

¿Está tratando de cambiar sus hábitos de comer?

Fumar:

¿Fuma o usa productos de tabacco? SI o NO

- Si contesta SI, ofrezca información acerca de cómo dejar de usar.
- Hable acerca de elegir un día para dejar y acerca de cómo son los *setbacks*; la mayoría de gente tiene que intentar de dejar varias veces.

Cáncer:

¿Alguien ha hablado alguna vez con usted acerca de cáncer testicular?

¿Está interesado en aprender acerca de auto-exámenes?

- Además de su examen anual por su médico cabecera, auto-exámenes pueden ayudarle a lo que es normal.
- Cáncer testicular es más común en hombres jóvenes, menos de 35. Normalmente se puede tratar si se detecte temprano.

Para hombres mayor de 40 años: Alo mejor quiere/debería hablar con su médico acerca de un examen de próstata que puede a detectar cáncer de próstata. Es especialmente importante para hombres cerca de o con más de 40 años.

Contracepción:

Tiene algunas preguntas acerca de salud sexual o anticonceptivos.

¿Está activo sexualmente?

¿Está usando usted o su pareja cualquier tipo de anticonceptivo o protección?

¿Cómo siente que está funcionando este/estos métodos para usted? Está interesado en saber de otras opciones?

- enfaticar que el uso de condones es el único método que protege a usted y su pareja de contraer enfermedades transmitidos sexualmente como VIH.
- Ofrecer demostrar como usar condón

Examen de ETS/VIH

Tiene preguntas acerca de VIH o infecciones que se transmiten sexualmente.

Esta clínica ofrece exámenes gratis de VIH y ETS. Voy a decirle a usted algunas cosas que le puede poner en riesgo de contraer VIH u otras ETS: tener sexo sin un condón, tener más de un/a pareja, uso de drogas intravenosas, tener sexo con alguien que use drogas intravenosas, sexo anal y hemofilia.

¿Está interesado en ser examinado para ver si usted tiene alguna ETS, incluyendo VIH?

- Si contesta SI, charlar acerca del procedimiento de aconsejo.