

SPAGNOLO

Guida sanitaria multilingue

per i cittadini e gli operatori sanitari

Guida all'anamnesi ed alla terapia

**SEZIONE PER IL MEDICO, FARMACISTA
OPERATORE SANITARIO**

1. PAESI D'ORIGINE - VIAGGI

- 1) Qual è il suo Paese d'origine?
- 2) Parla e capisce:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) italiano | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) inglese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) francese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 3) Qual è stato l'ultimo Paese da lei visitato?

2. CONDIZIONI AMBIENTALI-ABITATIVE

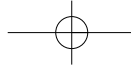
- 1) Dove vive?
- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) In un appartamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in uno stabile abbandonato | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) all'addiaccio | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 2) Convive con altre persone?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 3) Nella sua abitazione c'è:
- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) acqua corrente | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) riscaldamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) bagno | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 4) Nella sua abitazione ci sono animali domestici?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 5) Vive in:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) campagna | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) città | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

3. DIETA

- 1) Consuma bevande alcoliche? si no
- 2) Quanti bicchieri al giorno?
- 3) Ha mangiato alimenti crudi? si no
- 4) Ha bevuto acqua non imbottigliata? si no
- 5) Ha bevuto latte fresco non confezionato? si no

4. PROFESSIONE/TEMPO LIBERO

- 1) Che lavoro svolge? a) Agricoltore/ b) muratore/ c) operaio di industria alimentare/ d) di industria tessile/ e) di industria meccanica/ f) tipografo/ g) idraulico/ h) impiegato/ i) casalinga/ l) badante/ m) imbianchino/ n) dirigente/ o) libero professionista/ p) commerciante
- 2) Il suo lavoro implica contatti con sostanze chimiche si no
- 3) Prima dell'attuale, ha svolto altri lavori? Quali?
- 4) Lavora:
- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) all'aperto | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in ambiente chiuso | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |



Guía sanitaria multilingue para ciudadanos y asistentes sanitarios

Guía a la anamnesia y a la terapia

SECCIÓN DIRIGIDA AL MÉDICO, AL FARMACÉUTICO Y AL ASISTENTE SANITARIO

1. PAÍS DE ORIGEN – VIAJES

- 1) Cuál es su país de origen?
- 2) Habla y entiende:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) italiano | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| b) inglés | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| c) francés? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
- 3) Cuál ha sido el último país en el que ha estado?

2. CONDICIONES AMBIENTALES – HABITATIVAS

- 1) Dónde vive?
- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) En un apartamento | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| b) en un edificio abandonado | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| c) a la intemperie | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
- 2) Vive con otras personas?
- 3) En su casa tiene:
- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) agua corriente | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| b) calefacción | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| c) baño | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
- 4) Tiene animales domésticos en su casa?
- 5) Vive en:
- | | | |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) el campo | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| b) en la ciudad? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |

3. DIETA

- 1) Toma bebidas alcohólicas? sí no
- 2) Cuántos vasos al día?
- 3) Ha comido alimentos crudos? sí no
- 4) Ha bebido agua no embotellada? sí no
- 5) Ha bebido leche fresca no confeccionada? sí no

4. PROFESIÓN/TIEMPO LIBRE

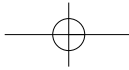
- 1) A qué se dedica? a) Agricultor/ b) albañil/ c) empleado en la industria de la alimentación/ d) industria textil/ e) industria mecánica/ f) tipógrafo/ g) fontanero/ h) empleado/ i) ama de casa/ l) cuidadora de ancianos o niños/ m) pintor/ n) dirigente/ o) profesionalista autónomo/ p) comerciante
- 2) En su trabajo está en contacto con sustancias químicas? sí no
- 3) Ha realizado otros trabajos antes del actual trabajo? Qué trabajos?
- 4) Trabaja:
- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) al aire libre | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| b) en ambiente cerrado | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |

5. ANAMNESI FAMILIARE - FISIOLOGICA

- 1) È sposato? si no
- 2) Convivente con un partner? si no
- 3) Ha figli? si no
- 4) Quanti?
- 5) Di che età?
- 6) I suoi familiari soffrono di malattie importanti, quali a) diabete/ b) ipertensione arteriosa/ c) malattie cardiache/ d) malattie genetiche/ e) allergie/ f) tumori/ g) tubercolosi/ h) infezione da HIV/ i) epatiti/ l) lebbra?
- 7) Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti? si no

6. ANAMNESI GINECOLOGICA

- 1) A quanti anni ha avuto le prime mestruazioni?
- 2) Ha avuto gravidanze: a) normali si no
b) complicate si no
c) aborti si no
- 3) Ritiene di essere in gravidanza? si no
- 4) Data delle ultime mestruazioni
- Gennaio
- Febbraio
- Marzo
- Aprile
- Maggio
- Giugno
- Luglio
- Agosto
- Settembre 1 - 7
- Ottobre 8 - 14
- Novembre 15 - 21
- Dicembre 22 - 31
- 5) È in menopausa? si no
- 6) Da quanti anni?
- 7) Ha dolori mestruali? si no
- 8) Ha perdite intermestruali? si no
- 9) Ha prurito vaginale? si no
- 10) Ha dolore durante i rapporti sessuali? si no
- 11) Sta allattando? si no
- 12) Prende la pillola? si no
- 13) Assume farmaci per la menopausa? si no
- 14) Le è stata posizionata una spirale (IUD)? si no
- 15) Ha fatto un pap test? si no
- 16) Quando?
- 17) Ha fatto una mammografia? si no
- 18) Quando?

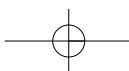
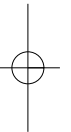
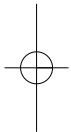


5. ANAMNESIA FAMILIAR - FISIOLÓGICA

- 1) Está casado? sí no
- 2) Convive con un partner? sí no
- 3) Tiene hijos? sí no
- 4) Cuántos?
- 5) De qué edad?
- 6) Sus familiares padecen enfermedades importantes como a) diabetes/
b) hipertensión arteriosa/ c) enfermedades cardiacas/ d) enfermedades
genéticas/ e) alergias/ f) tumores/ g) tuberculosos/h) infección por HIV/
i) hepatitis/ l) lepra?
- 7) Toma o ha tomado sustancias estupefacientes? sí no

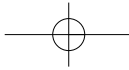
6. ANAMNESIA GINECOLÓGICA

- 1) A que edad ha tenido las primeras menstruaciones?
- 2) Ha tenido embarazos:
 - a) normales sí no
 - b) complicados sí no
 - c) con aborto? sí no
- 3) Cree que puede estar embarazada? sí no
- 4) Fecha de las últimas menstruaciones
 - Enero
 - Febrero
 - Marzo
 - Abril
 - Mayo
 - Junio
 - Julio
 - Agosto
 - Septiembre 1 - 7
 - Octubre 8 - 14
 - Noviembre 15 - 21
 - Diciembre 22 - 31
- 5) Está en menopausia? sí no
- 6) Desde hace cuánto tiempo?
- 7) Padece de dolores menstruales? sí no
- 8) Tiene pérdidas entre menstruaciones? sí no
- 9) Sufre de picores vaginales? sí no
- 10) Siente dolores durante sus relaciones sexuales? sí no
- 11) Está amamantando? sí no
- 12) Toma la píldora? sí no
- 13) Toma medicinas para la menopausia? sí no
- 14) Se ha puesto la espiral (IUD)? sí no
- 15) Se ha hecho un pap test? sí no
- 16) Cuándo?
- 17) Se ha hecho una mamografía? sí no
- 18) Cuándo?



7. ANAMNESI PATOLOGICA/INTERVISTA AL PAZIENTE

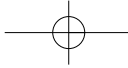
- 1) Ha con se documentazione medica di a) visite/ b) ricoveri/ c) interventi chirurgici/ d) esami del sangue/ e) esami strumentali?
- 2) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
 b) infortuni sul lavoro si no
 c) infortuni a domicilio si no
- 3) Da bambino ha avuto: a) la varicella si no
 b) il morbillo si no
 c) la rosolia si no
 d) gli orecchioni si no
 e) la scarlattina si no
 f) il reumatismo articolare acuto si no
- 4) Soffre di: a) asma si no
 b) malattie allergiche b1) respiratorie/
 b2) alimentari/ b3) della pelle?
- 5) Ha contratto: a) la tubercolosi si no
 b) l'epatite si no
 c) l'infezione da HIV si no
 d) la lebbra si no
- 6) Ha mai avuto tumori? si no
- 7) Ha mai fatto radioterapia o chemioterapia? si no
- 8) Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue? si no
- 9) Se si, dove e quando è stato trasfuso?
- 10) Soffre di malattie del sangue? si no
- 11) Soffre di emofilia? si no
- 12) Perde sangue con: a) le feci si no
 b) urine si no
 c) dal naso si no
 d) dai genitali si no
 e) mentre tossisce si no
- 13) Ha il diabete? si no
- 14) Soffre di malattie: a) della tiroide si no
 b) del surrene si no
 c) dell'ipofisi si no
- 15) Soffre di malattie del rene? si no
- 16) È in dialisi? si no
- 17) Soffre di malattie: a) dello stomaco si no
 b) del fegato si no
 c) dell'intestino si no
- 18) Soffre di malattie croniche respiratorie? si no
- 19) Ha la pressione: a) alta si no
 b) bassa si no
- 20) Soffre di malattie del cuore? dei vasi sanguigni?
 a) infarto si no
 b) angina si no



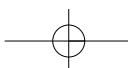
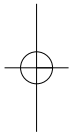
7. ANAMNESIA PATOLÓGICA/ENTREVISTA AL PACIENTE

- 1) Ha traído la documentación médica de a) otras visitas/ b) hospitalizaciones/ c) operaciones/ d) análisis de sangre/ e) análisis instrumentales?
- 2) Ha sufrido:
 - a) operaciones quirúrgicas sí no
 - b) accidentes de trabajo sí no
 - c) accidentes en su domicilio sí no
- 3) De niño ha tenido:
 - a) la viruela sí no
 - b) el sarampión sí no
 - c) la rubéola sí no
 - d) las paperas sí no
 - e) la escarlatina sí no
 - f) reumatismo articular agudo sí no
- 4) Padece de:
 - a) asma sí no
 - b) enfermedades alérgicas b1) respiratorias/ b2) alimentares/ b3) de la piel?
- 5) Ha contraído:
 - a) la tuberculosis sí no
 - b) la hepatitis sí no
 - c) infección por HIV sí no
 - d) le lepra sí no
- 6) Ha padecido de algún tumor? sí no
- 7) Se ha sometido alguna vez a radioterapia o quimioterapia? sí no
- 8) Ha recibido alguna transfusión de sangre? sí no
- 9) En caso afirmativo, dónde y cuándo le han hecho la transfusión?
- 10) Sufre de enfermedades de la sangre? sí no
- 11) Padece de hemofilia? sí no
- 12) Pierde sangre:
 - a) en las heces sí no
 - b) en la orina sí no
 - c) por la nariz sí no
 - d) de los genitales sí no
 - e) mientras tose sí no
- 13) Padece de diabetes? sí no
- 14) Padece de alguna enfermedad:
 - a) de la tiroides sí no
 - b) del riñón sí no
 - c) de la hipófisis sí no
- 15) Padece alguna enfermedad del riñón? sí no
- 16) Está en tratamiento de diálisis? sí no
- 17) Padece enfermedades:
 - a) del estómago sí no
 - b) del hígado sí no
 - c) del intestino sí no
- 18) Padece de enfermedades respiratorias crónicas? sí no
- 19) Tiene la presión:
 - a) alta sí no
 - b) baja sí no
- 20) Padece de enfermedades del corazón? de los vasos sanguíneos?
 - a) infarto sí no
 - b) angina sí no

- 21) È portatore di:
- c) aritmia si no
 - a) protesi valvolari si no
 - b) pacemaker si no
 - c) defibrillatore si no
- 22) Ha disturbi intestinali?
- a) diarrea si no
 - b) stitichezza si no
- 23) Ha:
- a) dolori addominali si no
 - b) nausea si no
 - c) vomito si no
- 24) Ha quando urina:
- a) bruciore si no
 - b) dolore si no
 - c) difficoltà si no
- 25) Ha disturbi dell'erezione?
- 26) Deglutisce con difficoltà?
- 27) Rigurgita il cibo?
- 28) È recentemente:
- a) diminuito si no
 - b) aumentato di peso si no
- 29) Quanto e in quanto tempo?
- 30) Ha febbre? si no
- 31) Quanta?
- 32) Quando?
- 33) Ha notato a) ingrossamento/ b) dolore delle ghiandole?
- c) collo si no
 - d) inguine si no
 - e) ascelle si no
- 34) Si sente stanco?
- 35) Soffre o ha sofferto di qualche malattia della pelle?
- 36) Ha sulla pelle:
- a) prurito si no
 - b) bruciore si no
- 37) Dove è localizzato?
- 38) Ha disturbi della:
- a) vista si no
 - b) udito si no
- 39) Soffre di:
- a) mal di denti si no
 - b) di gola si no
- 40) Ha:
- a) dolore al torace si no
 - b) tosse si no
 - c) catarro si no
- 41) Ha dolori:
- a) articolari si no
 - b) muscolari si no
- 42) Localizzati dove?
- 43) Soffre di mal di testa? si no
- 44) Soffre di:
- a) ansia si no
 - b) depressione si no
 - c) variazioni dell'umore si no



- 21) Tiene: c) arritmia sí no
a) prótesis valvulares sí no
b) marcapasos sí no
c) desfibrilador sí no
- 22) Sufre de molestias intestinales: a) diarrea sí no
b) estreñimiento sí no
- 23) Tiene: a) dolores abdominales sí no
b) nausea sí no
c) vómito sí no
- 24) Tiene cuando orina: a) ardores sí no
b) dolores sí no
c) molestias sí no
- 25) Tiene problemas de erección? sí no
- 26) Deglute con dificultad? sí no
- 27) Regurgita la comida? sí no
- 28) Recientemente: a) ha disminuido sí no
b) aumentado de peso sí no
- 29) Cuántos kilos y en cuánto tiempo?
- 30) Tiene fiebre? sí no
- 31) Cuánta?
- 32) Cuándo?
- 33) Ha notado a) un aumento/ b) dolor de las glándulas?
c) del cuello sí no
d) de la ingle sí no
e) de las axilas sí no
- 34) Se siente cansado?
- 35) Padece o ha padecido de alguna enfermedad de la piel?
- 36) Tiene en la piel: a) picores sí no
b) ardores sí no
- 37) Dónde se localizan?
- 38) Tiene molestias en la: a) vista sí no
b) oído sí no
- 39) Sufre de: a) dolor de muelas sí no
b) dolor de garganta sí no
- 40) Tiene: a) dolores de pecho sí no
b) tos sí no
c) catarro sí no
- 41) Tiene dolores: a) articulares sí no
b) musculares sí no
- 42) Dónde se localizan?
- 43) Padece de dolor de cabeza? sí no
- 44) Sufre de: a) ansia sí no
b) depresión sí no
c) cambios de humor sí no



- 45) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
b) ricoveri in ospedale si no
- 46) Quando e in quale ospedale?
- 47) Ha subito: a) traumi si no
b) incidenti stradali si no
c) è stato ferito si no
d) le sono stati dati punti di sutura si no
- 48) È stato: a) ingessato si no
b) immobilizzato si no
- 49) Ha difficoltà: a) a muoversi si no
b) a camminare si no
c) mantenere l'equilibrio si no
- 50) Ha difficoltà: a) a parlare si no
b) pronunciare le parole si no
c) capire quello che le viene detto si no
- 51) Ha disturbi della memoria? si no
- 52) Ha notato agli arti: a) gonfiore si no
b) dolore si no
c) pallore si no
d) cianosi si no
- 53) Ha difficoltà: a) a respirare a riposo si no
b) mentre cammina si no
c) mentre corre si no
d) mentre sale le scale si no
- 54) Quanti cuscini usa quando dorme?
- 55) Ha avuto rapporti sessuali: a) occasionali si no
b) omosessuali si no
- 56) È stato sottoposto a trapianto di organo? si no
- 57) È portatore di handicap fisico psichico, sensoriale? si no
- 58) Le persone che vivono con lei hanno o hanno avuto gli stessi sintomi? si no

8. VISITA MEDICA

- 1) a) Si spogli/ b) si vesta
- 2) Si metta sul lettino a) seduto/ b) sdraiato/ c) supino/ d) prono/
e) sul fianco destro/ f) sul fianco sinistro/ g) in piedi
- 3) Le misuro a) la pressione/ b) il polso/ c) la febbre
- 4) a) Apra/ b) chiuda la bocca
- 5) a) Respiri/ b) non respiri/ c) tossisca / d) lasci la pancia morbida
- 6) Fa male? si no
- 7) Sente? si no
- 8) Non sente? si no
- 9) Stringa la mia mano
- 10) Mantenga sollevata a) la gamba/ b) il braccio
- 11) Chiuda gli occhi

- 45) Algunas vez ha sido: a) operado sí no
 b) ospitalizado sí no
- 46) Cuándo y en qué hospital?
- 47) Ha sufrido: a) traumas sí no
 b) accidentes de carretera sí no
 c) le han herido sí no
 d) le han dado puntos de sutura sí no
- 48) Ha estado: a) escayolado sí no
 b) inmovilizado sí no
- 49) Tiene problemas: a) para moverse sí no
 b) para caminar sí no
 c) para mantener el equilibrio sí no
- 50) Tiene problemas: a) para hablar sí no
 b) para pronunciar las palabras sí no
 c) entender lo que le dicen sí no
- 51) Tiene problemas de memoria sí no
- 52) Ha notado en las articulaciones: a) hinchazón sí no
 b) dolor sí no
 c) palidez sí no
 d) cianosis sí no
- 53) Tiene problemas de respiración: a) durante el reposo sí no
 b) mientras camina sí no
 c) mientras corre sí no
 d) mientras sube las escaleras sí no
- 54) Cuántas almohadas utiliza para dormir?
- 55) Ha tenido relaciones sexuales: a) ocasionales sí no
 b) homosexuales sí no
- 56) Le han transplantado algún órgano sí no
- 57) Sufre de alguna minusvalía físico - psíquico, sensorial? sí no
- 58) Las personas que viven con usted padecen o han padecido los mismos síntomas? sí no

8. VISITA MEDICA

- 1) a) Desnúdese/ b) vístase
- 2) Siéntese en a) la camilla b) tumbese/ c) boca a bajo/ d) boca arriba/ e) sobre el costado derecho/ f) sobre el costado izquierdo/ g) póngase de pie
- 3) Le tomo a) la presión/ b) las pulsaciones/ c) la fiebre
- 4) a) Abra/ b) cierre la boca
- 5) a) Respire/ b) no respire/ c) tosa/ d) relaje el estómago
- 6) Le duele? sí no
- 7) Oye? sí no
- 8) No oye? sí no
- 9) Apriete mi mano
- 10) Mantenga levantada a) la pierna/ b) el brazo
- 11) Cierre los ojos

- 12) Cammini 7 passi a) avanti/ b) indietro
 13) A casa misuri a) la temperatura/ b) la pressione
 14) Torni al controllo il giorno

9. RICHIESTA DI ESAMI DEL SANGUE/STRUMENTALI

- 1) Le è stata concessa qualche esenzione per patologia o per reddito? si no
 2) Ha una pensione di invalidità? si no
 3) Ha un'esenzione per invalidità civile? si no
 4) Ha un'assicurazione? si no
 5) Deve fare degli esami a) del sangue/ b) delle urine/ c) delle feci
 6) Deve fare una a) radiografia/ b) ecografia/ c) TAC/ d) RMN/
 e) elettrocardiogramma/ f) ecocardiogramma/ g) ecocolordoppler/
 h) gastroscopia/ i) colonscopia
 7) Deve prenotare una visita specialistica/ a) infettivologica/ b) cardiologica/
 c) ortopedica/ d) neurologica/ e) ginecologica/ f) dermatologica/
 g) otorinolaringoiatrica/ h) chirurgica/ i) pediatrica/ l) oculistica/
 m) odontoiatrica/ n) ematologica/ o) urologica
 8) Prenoti una a) prima visita/ b) visita di controllo/ c) visita urgente presso
 9) Deve andare in pronto soccorso
 10) Deve essere ricoverato in ospedale
 11) Deve fare a) terapia riabilitativa/ b) terapia fisica
 (c) ionoforesi/ d) massaggi/ e) tens/ f) trazioni/ g) infiltrazioni)

10. FARMACI/VACCINI

- 1) Usa abitualmente farmaci? si no
 2) Quali?
 3) Per quale malattia?
 4) Da quanto tempo ha sospeso le medicine?
 5) Ha una lista completa dei farmaci che usa? si no
 6) È in terapia: a) anticoagulante si no
 b) chemioterapica si no
 7) Fa uso di prodotti omeopatici o erbe medicinali? si no
 8) Quali?
 9) Da quanto tempo?
 10) Si è sottoposto a qualche vaccinazione? si no
 11) Quando?
 12) Quale?
 13) Ha mai avuto reazioni allergiche da farmaci? si no
 14) Per quali farmaci?
 15) Quando?

11. PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Le prescrivo di:

- 1) assumere per bocca a) compresse/ b) pastiglie/ c) gocce/ d) capsule/
 e) cucchiari di sciroppo

- 12) Camine 7 pasos hacia a) adelante/ b) atrás
 13) En casa tómese a) la temperatura/ b) la presión
 14) Vuelva para un control el día

9. PETICIÓN DE ANÁLISIS DE SANGRE/INSTRUMENTALES

- 1) Le han concedido alguna exención por patología o por rédito? sí no
 2) Recibe una pensión de invalidez? sí no
 3) Cuenta con alguna exención por invalidez civil? sí no
 4) Tiene algún seguro? sí no
 5) Tiene que hacerse análisis a) de sangre/ b) de orina/ c) de las heces
 6) Tiene que hacerse una a) radiografía/ b) ecografía/ c) TAC/RMN/
 d) electrocardiograma/ e) ecocardiograma/ f) eco-color Doppler/
 g) gastroscopia/ h) colonoscopia
 7) Tiene que coger hora para una visita especialista a) infectológica/
 b) cardiológica/ c) ortopédica/ d) neurológica/ e) ginecológica/
 f) dermatológica/ g) otorinolaringoiátrica/ h) quirúrgica/ i) pediátrica/
 l) oculística/ m) odontoiátrica/ n) hematológica/ o) urológica
 8) Coja hora para una a) primera visita/ b) visita de control/ c) visita urgente en
 9) Tiene que ir a urgencias
 10) Tiene que ser hospitalizado en el hospital
 11) Tiene que hacer a) terapia de rehabilitación/ b) terapia física
 (c) ionoforesis/ d) masajes/ e) tens/ f) tracciones/ g) infiltraciones)

10. MEDICINAS/VACUNAS

- 1) Toma habitualmente medicinas? sí no
 2) Cuáles?
 3) Para qué enfermedad?
 4) Desde cuándo ha dejado de tomar las medicinas?
 5) Tiene una lista completa de las medicinas que toma? sí no
 6) Está en tratamiento: a) anticoagulante sí no
 b) quimioterapia sí no
 7) Utiliza productos homeopáticos o hierbas medicinales? sí no
 8) Cuáles?
 9) Desde hace cuánto tiempo?
 10) Se ha puesto alguna vacuna? sí no
 11) Cuándo?
 12) Cuál?
 13) Ha tenido alguna vez reacciones alérgicas por medicamentos? sí no
 14) A qué medicamentos?
 15) Cuándo?

11. PRESCRIPCIONES TERAPÉUTICAS

Le prescribo que:

- 1) tome por vía oral a) comprimidos/ b) pastillas/ c) gotas/ d) cápsulas/
 e) cucharadas de jarabe

- 2) fare sciacqui con
- 3) fare impacchi con
- 4) fare bagni con
- 5) fare a) aerosol/ b) inalazioni con
- 6) fare iniezioni a) intramuscolo/ b) endovena/ c) sottocute
- 7) fare sciogliere a) compresse effervescenti/ b) bustine/ c) fiale/ d) polvere
- 8) applicare – spalmare a) crema/ b) pomata/ c) tintura/ d) soluzione
- 9) introdurre a) supposta/ b) candeletta vaginale/ c) ovulo vaginale

Il farmaco deve essere somministrato:

- 10) a) ogni giorno/ b) a giorni alterni/ c) una volta - d) due volte - alla settimana/
e) al bisogno
- 11) a) alla mattina/ b) alla sera/ c) al pomeriggio/ d) alla stessa ora/
e) mattina e sera
- 12) mattina, pomeriggio e sera
- 13) a) prima di/ b) dopo/ c) a stomaco pieno/ d) a digiuno
- 14) a) per ... giorni/ b) per ... settimane/ c) per ... mesi/ d) per sempre

Per questa ricetta in farmacia:

- a) non pagherà nulla
- b) pagherà un ticket
- c) pagherà il prezzo intero

12. CERTIFICATI

- 1) Le compilo un certificato:
 - a) di buona salute
 - b) assicurativo
 - c) per indennità di malattia
 - d) per attività sportiva
 - e) per infortunio sul lavoro e1) primo/
e2) continuativo/ e3) di chiusura

- 2) se enjuague con
- 3) se ponga aplicaciones
- 4) se bañe con
- 5) haga el a) aerosol/ b) inhalaciones con
- 6) se ponga inyecciones a) intramusculares/ b) endovenosas/ c) subcutáneas
- 7) disuelva a) comprimidos efervescentes/ b) sobre/ c) ampollas/ d) polvos
- 8) aplique – extienda a) crema/ b) pomada/ c) tintura/ d) solución
- 9) se ponga a) supositorios/ b) supositorio vaginal/ c) óvulo vaginal

El fármaco debe suministrarse:

- 10) a) todos los días/ b) a días alternados/ c) una vez - d) dos veces - por semana/ e) cuando haga falta
- 11) a) por la mañana/ b) por la noche/ c) por la tarde/ d) a la misma hora/ e) por la mañana y por la noche
- 12) por la mañana, por la tarde y por la noche
- 13) a) antes de/ b) después de/ c) con el estómago lleno/ d) en ayunas
- 14) a) durante ... días/ b) durante ... semanas/ c) durante ... meses/ d) para siempre

Con esta receta en la farmacia:

- a) no tiene que pagar nada
- b) pagará sólo un ticket
- c) pagará el precio entero

12. CERTIFICADOS

- 1) Le hago un certificado:
 - a) de buena salud
 - b) para el seguro
 - c) para solicitar la indemnización por enfermedad
 - d) para actividad deportiva
 - e) por accidente en el puesto de trabajo
 - e1) primero/ e2) continuativo/ e3) final

SE TI OCCORREN UN MEDICO O FARMACISTA SI NECESITA UN MEDICO Y DEL FARMACEUTICO

Dottore ho dolore alla testa	Doctor, me duele la cabeza
Dottore mi bruciano gli occhi	Doctor, me pican los ojos
Dottore ho dolore alla gola	Doctor, me duele la garganta
Dottore ho dolore ai denti	Doctor, tengo dolor de muelas
Dottore ho mal d'orecchio	Doctor, me duelen los oídos
Dottore ho il raffreddore	Doctor, estoy resfriado
Dottore mi esce sangue dal naso	Doctor, me sale sangre de la nariz
Dottore ho la febbre	Doctor, tengo fiebre
Dottore ho la tosse, vorrei uno sciroppo	Doctor, tengo tos, desearía tomar un jarabe
Dottore ho le vertigini	Doctor, me mareo
Dottore ho mal di stomaco	Doctor, me duele el estómago
Dottore ho la diarrea	Doctor, tengo diarrea
Dottore ho mal di pancia	Doctor, me duele el estómago
Dottore ho dolore a) alla schiena/ b) al braccio/ c) alla mano/ d) al piede/ e) al ginocchio/ f) alla caviglia	Doctor, me duele a) la espalda/ b) el brazo/ c) la mano/ d) el pie/ e) la rodilla/ f) el tobillo
Dottore mi sono ustionato	Doctor, me he quemado
Dottore mi sono scottato al sole	Doctor, me he quemado tomando el sol
Dottore ho rotto la dentiera	Doctor, se me ha roto la dentadura
Dottore ho bisogno di un antinevralgico	Doctor, necesito un antineurálgico
Dottore ho il naso chiuso	Doctor, tengo la nariz tapada
Dottore vorrei un lassativo	Doctor, necesito un laxativo
Dottore vorrei un collirio	Doctor, necesito un colirio
Dottore vorrei qualcosa per i dolori mestruali	Doctor, me puede dar algo para los dolores menstruales
Dottore soffro di a) mal d'auto/ b) aereo	Doctor, me mareo a) en el coche/ b) en el avión
Dottore come si prende questo medicinale?	Doctor ¿cómo se toma esta medicina?
Dottore quante volte al giorno ?	Doctor ¿Cuántas veces al día?
Dottore ho una puntura di insetto	Doctor, me ha picado un insecto
Dottore ho le vene varicose, vorrei una pomata	Doctor, sufro de venas varicosas, me puede dar una pomada
Dottore vorrei qualcosa contro le zanzare	Doctor, puede darme algo contra los mosquitos
Dottore vorrei provare la pressione arteriosa	Doctor, puede tomarme la presión
Dottore ho bisogno a) del cotone idrofilo/ b) delle garze/ c) di bende	Doctor, necesito a) algodón/ b) gasas/ c) vendas
Dottore ho bisogno di un cerotto	Doctor, necesito una tirita
Dottore ho bisogno di un disinfettante	Doctor, necesito un desinfectante
Dottore ho bisogno di un termometro	Doctor, necesito un termómetro
Dottore vorrei una siringa	Doctor, necesito una jeringuilla
Dottore ho bisogno di un pacco di assorbenti igienici	Doctor, necesito un paquete de compresas
Dottore ho bisogno di un pacco di pannolini per bambini	Doctor, necesito un paquete de pañales para niños
Dottore vorrei scegliere degli omogeneizzati	Doctor, ¿puedo elegir algunos homogeneizados?
Dottore ho bisogno di un dentifricio	Doctor, me hace falta un dentífrico
Dottore ho bisogno di un collutorio	Doctor, me hace falta un colutorio
Dottore vorrei un prodotto omeopatico	Doctor, necesito un producto homeopático
Dottore vorrei una pillola anticoncezionale	Doctor, necesito una pastilla anticonceptiva
Dottore vorrei un antibiotico	Doctor, necesito un antibiótico

Antibiotico	Antibiótico
Analgesico/antidolorifico	Analgésico/Antidolorífico
Antiparassitario	Antiparasitario
Assorbenti	Compresas
Biopsia	Biopsia
Bustine	Sobres
Cerotto	Tiritas
Collutorio	Colutorio
Colonscopia	Colonoscopia
Comprese	Comprimidos
Crema	Crema
Dentifricio	Dentífrico
Diabete	Diabetes
Disinfettante	Desinfectante
Ecografia	Ecografía
Febbre	Fiebre
Garza	Gasas
Gastroscoopia	Gastroscofia
Granulato	Granulado
Ipertensione	Hipertensión
Lassativo	Laxante
Lavanda ginecologica	Lavado ginecológico
Lozione	Loción
Mammografia	Mamografía
Ovuli	Óvulos
Pap-test	Pap-test
Pomata	Pomada
Prelievo del sangue	Análisis de sangre
Radiografia	Radiografía
Sedativo	Sedante
Sciroppo	Jarabe
Siringa	Jeringuilla
Supposta	Supositorio
Spazzolino	Cepillo
Termometro	Termómetro
Test di gravidanza	Prueba del embarazo
Tisana	Tisana
Vaccinazione	Vacunar
Vaccino	Vacuna