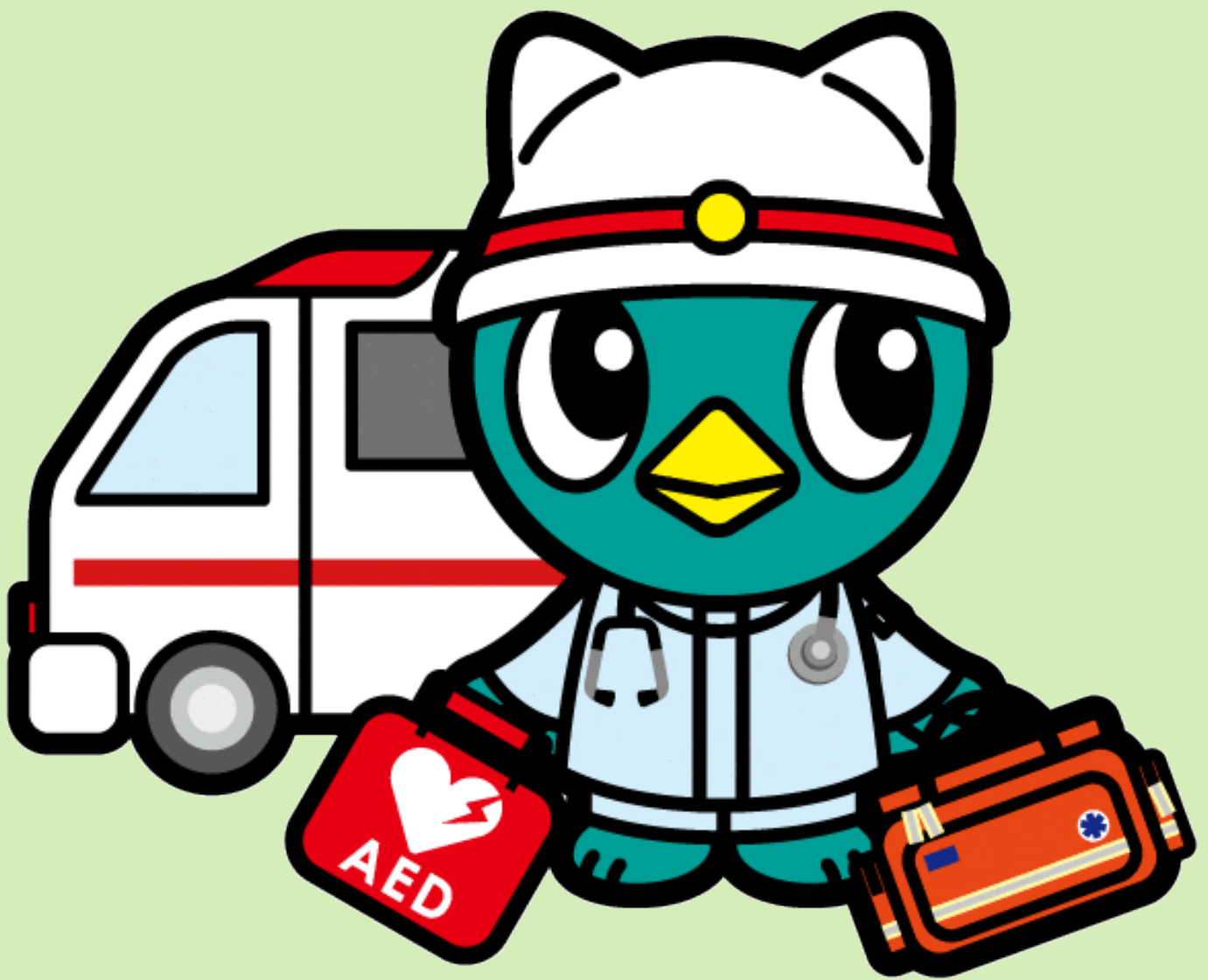


八千代市

tablero de comunicacion



令和6年2月

¿Puedes oír las palabras?



¿Puedes escribir?

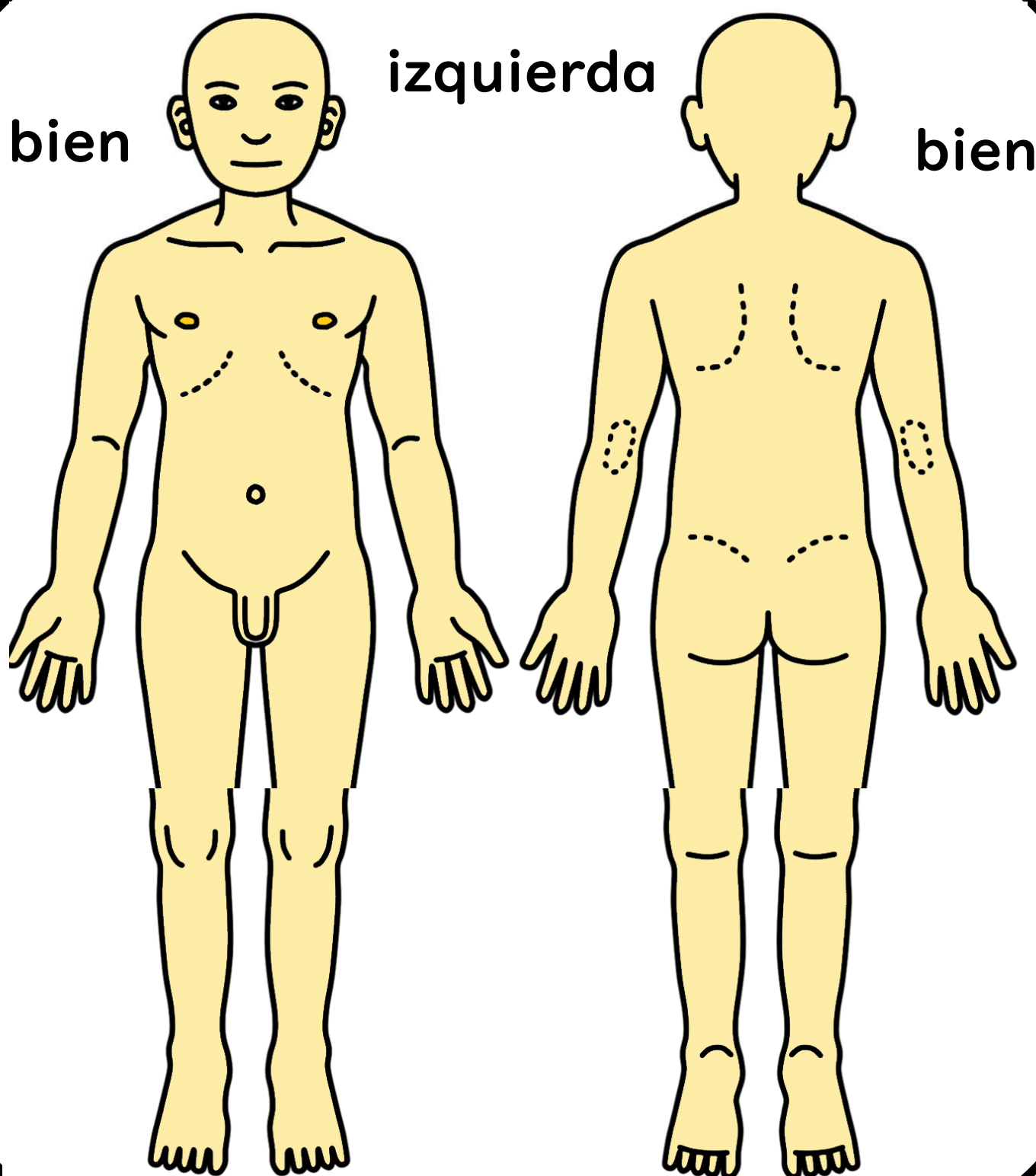


¿Puedes caminar solo?



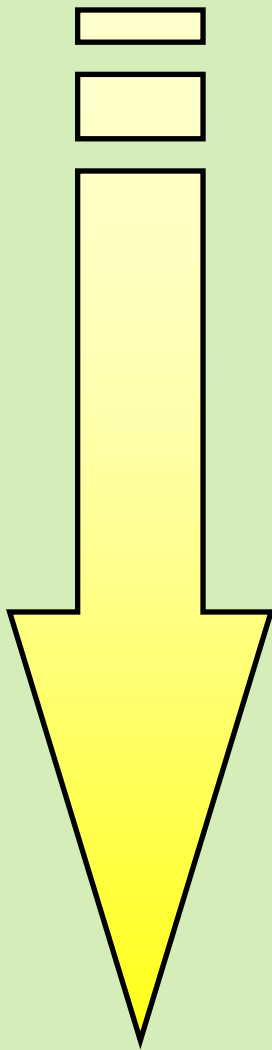
¿Dónde es doloroso?

✂ Por favor señale con el dedo.!



¿Cuándo empezó a doler?

ahora



Antes

de repente

Hace 15 minutos

Hace 30 minutos

1 hora antes

hace 3 horas

Hace 1 día

antes que eso

No sé

¿Cuéntame sobre tu situación de dolor?

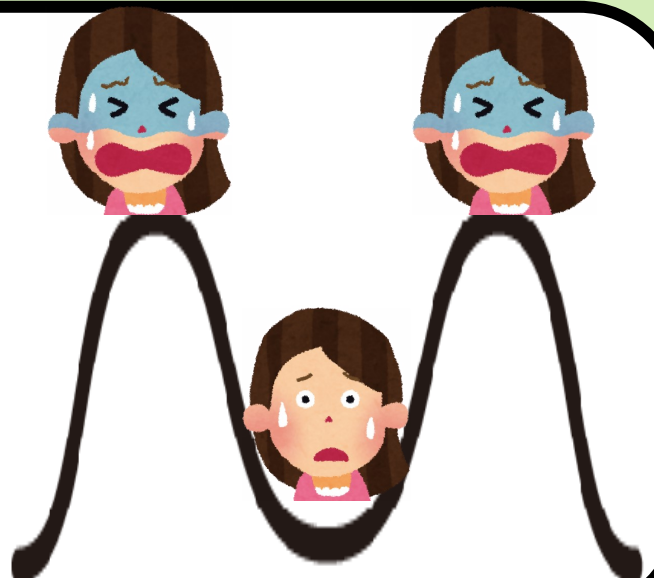
Ha sido doloroso desde el principio.



El dolor se vuelve gradualmente más fuerte.



El dolor se vuelve más fuerte o más débil.



¿Cuándo ocurrió el dolor?



cuando estas
descansando



al moverse

¿El dolor está en el mismo lugar?

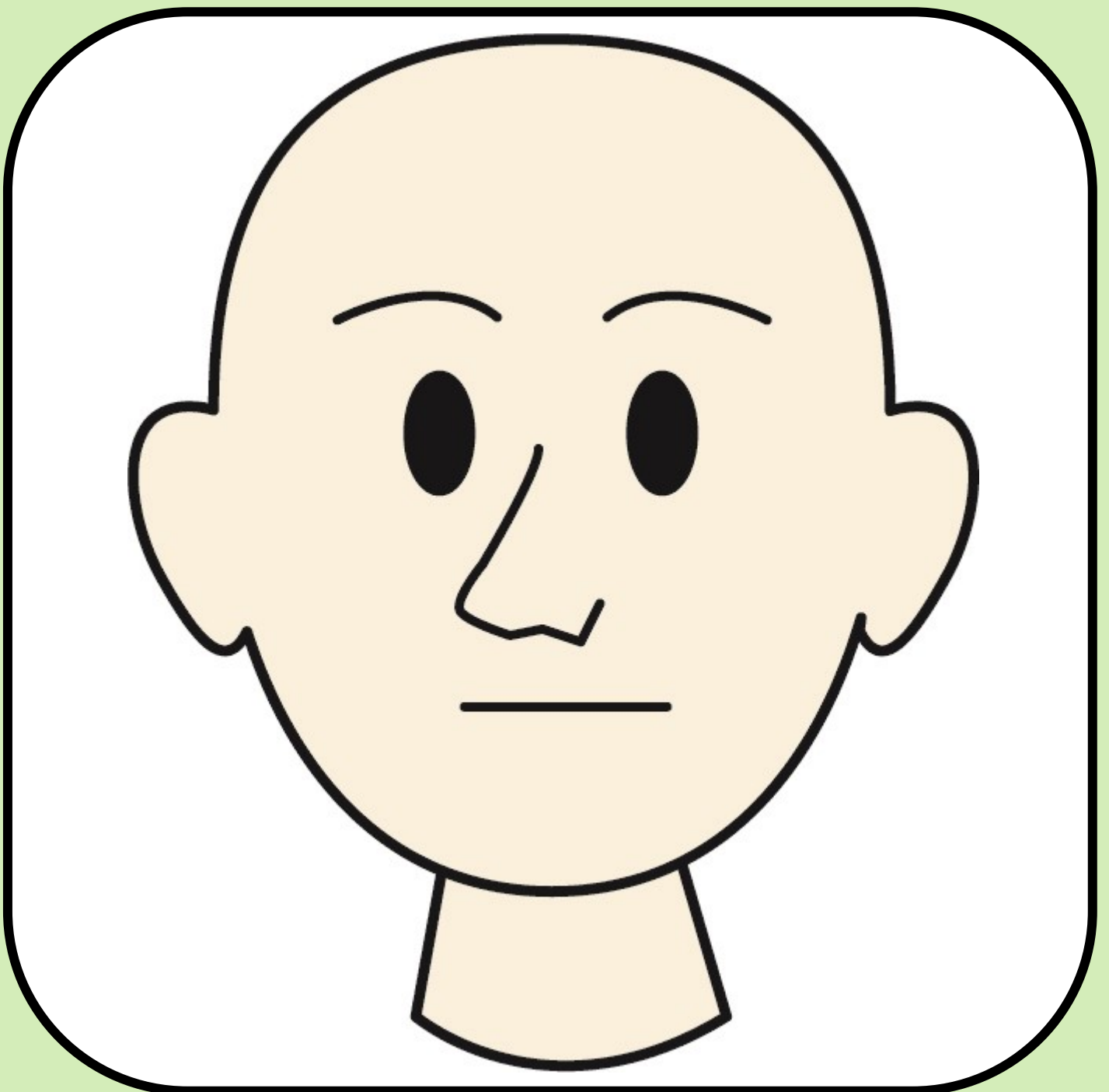


mismo lugar



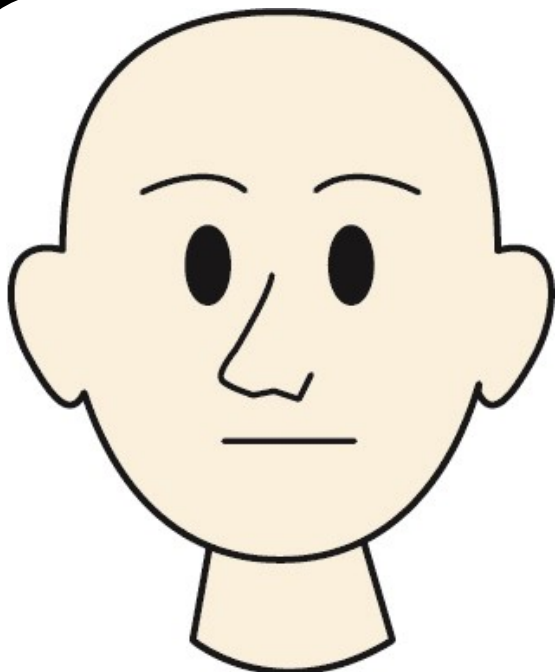
lugar diferente

cabeza

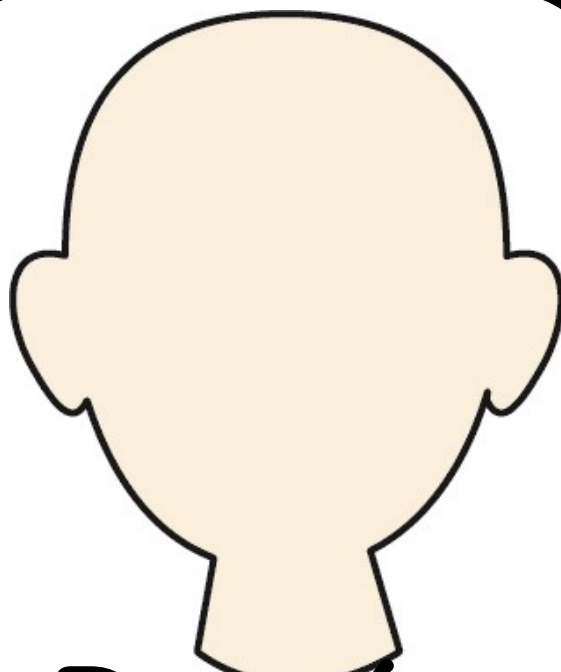


¿Dónde es doloroso?

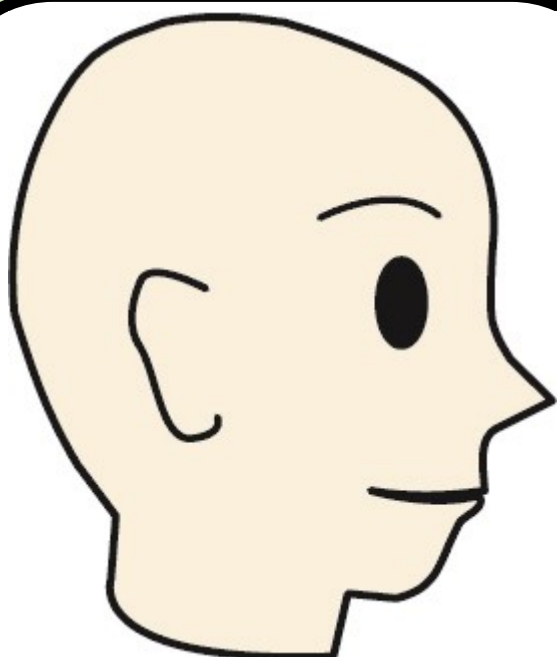
✂ Por favor señale con el dedo.!



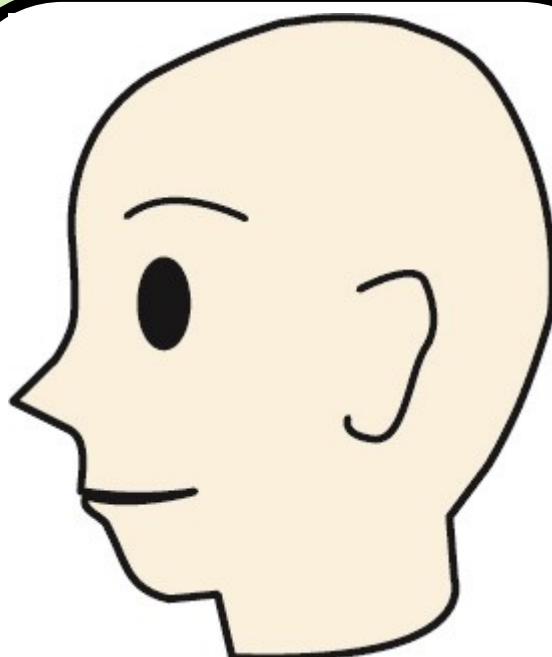
frente



Detrás



bien



izquierda

¿Qué tipo de dolor es?



¿Te duele en el mismo lugar desde el principio?



¿Dónde te dolió primero?

まえ
※2ページ前へ

¿Ha experimentado el mismo sufrimiento (dolor) antes?



¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?



Entumecimiento



mareado



convulsiones



tinnitus

¿Vomitaste?



Sí



No

¿Me golpeé la cabeza?

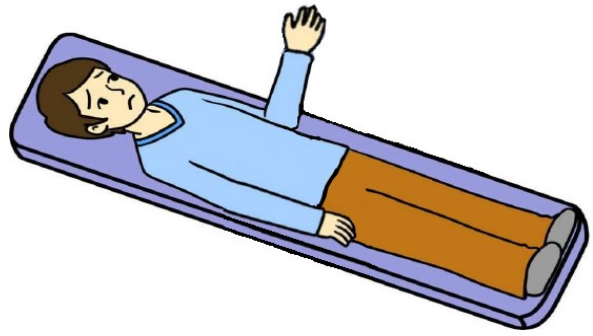


Sí

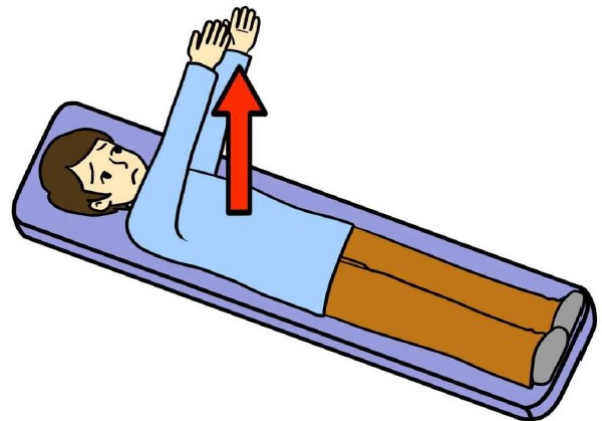


No

por favor le-
vanta la mano



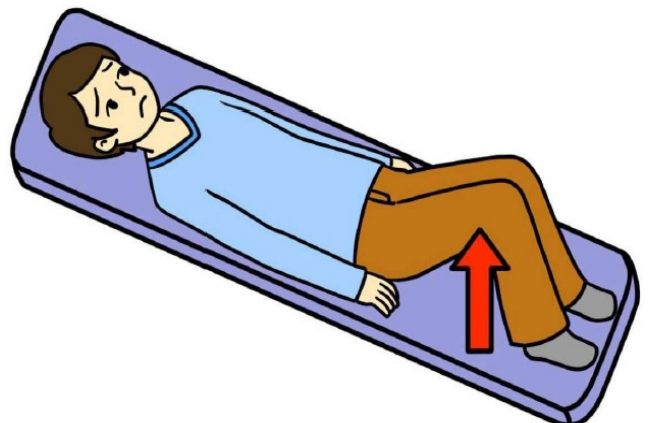
por favor le-
vanten la mano



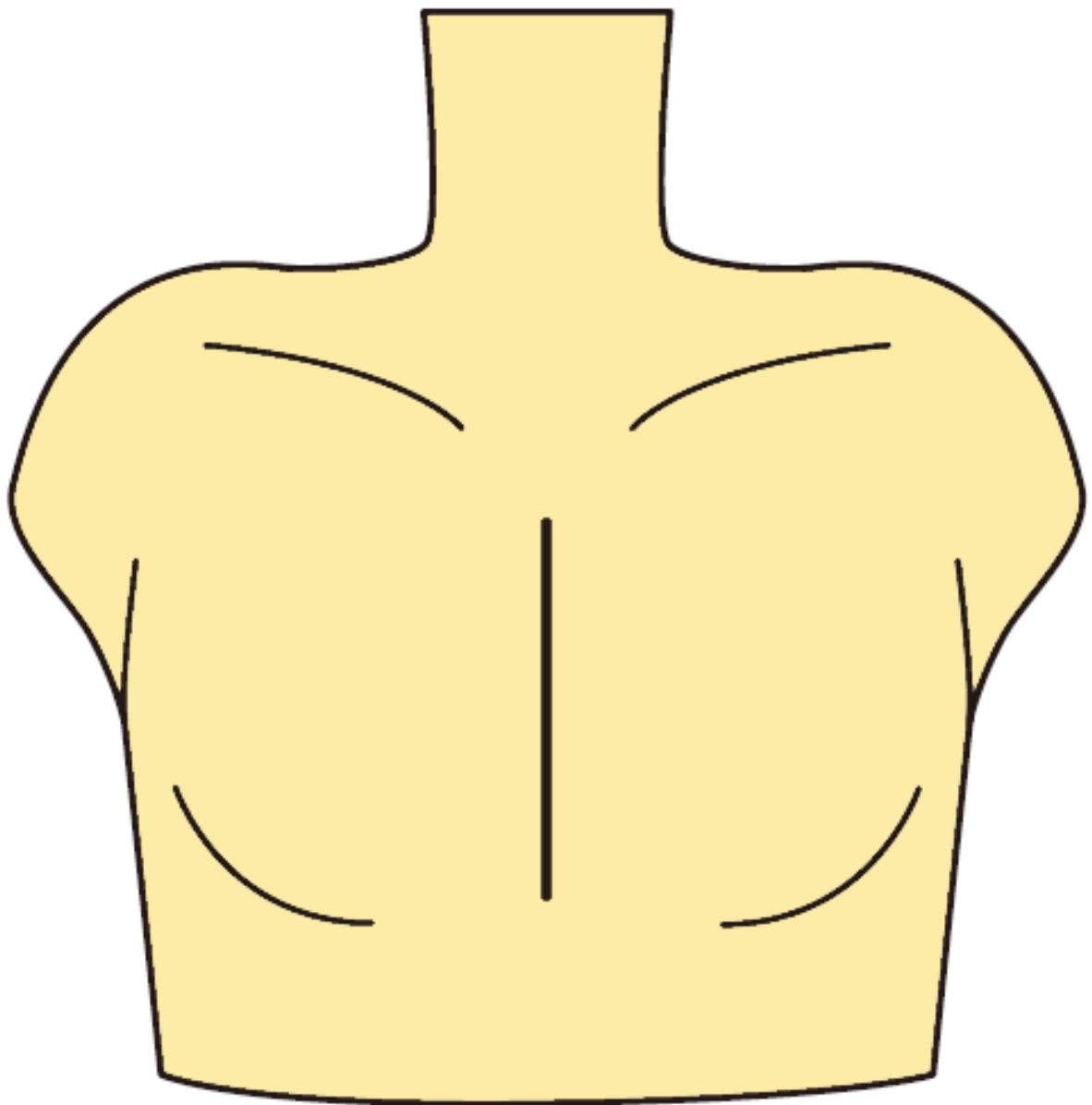
Por favor le-
vante ambas ro-
dillas



Por favor toma
mis manos

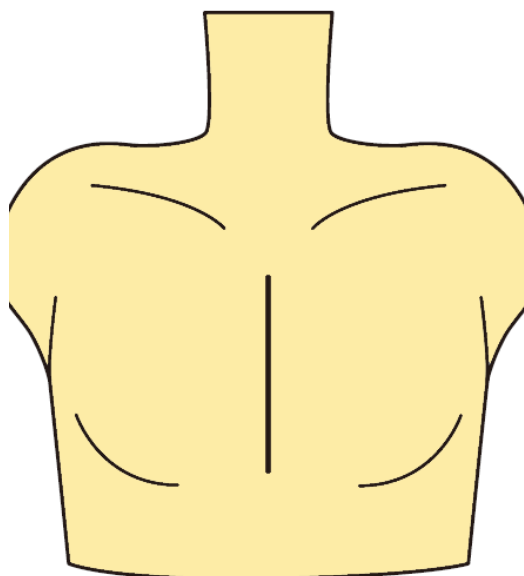


pecho

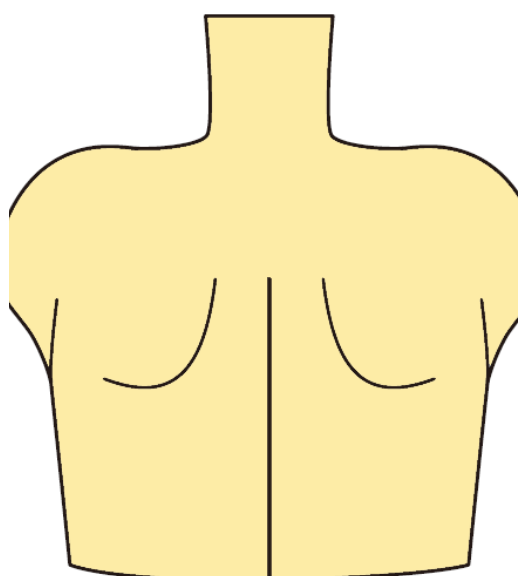


¿Dónde es doloroso?

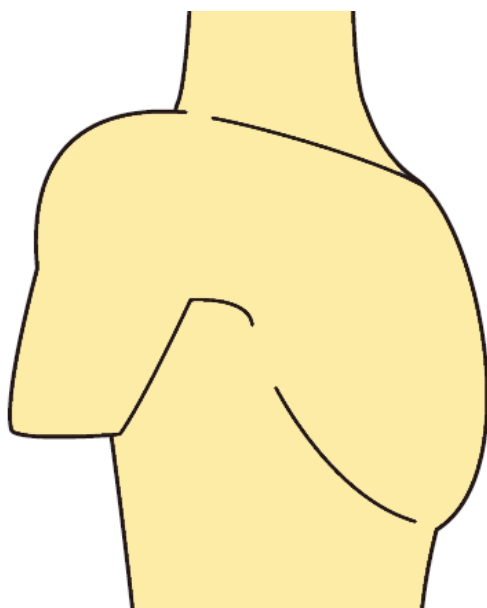
✂ Por favor señale con el dedo!



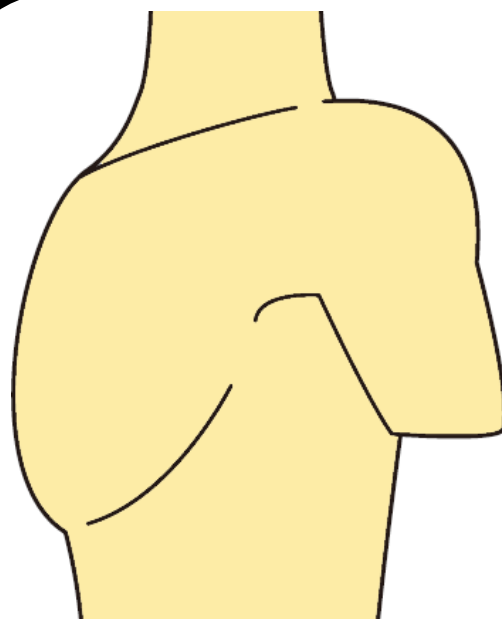
frente



Detrás



bien



izquierda

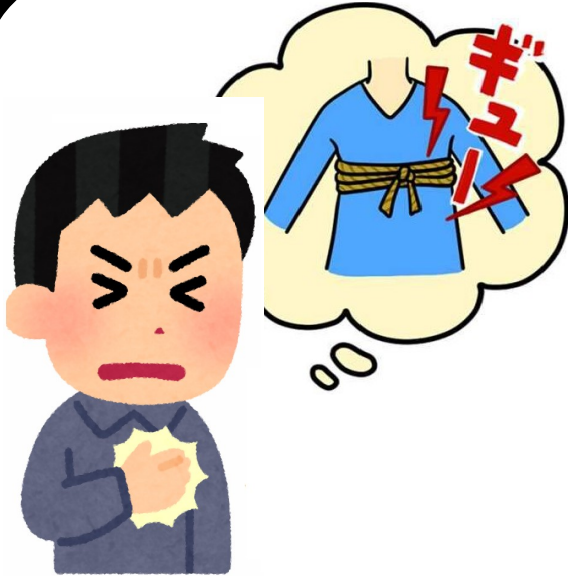
¿Hay otras áreas donde duele?



¿Te falta el aire?



¿Qué tipo de dolor es?



dolor con-
strictivo



dolor aplas-
tante



escozor



dolor
punzante

¿Tomó alguna medicina?



¿Se sintió mejor después de tomar el medicamento?



¿Te duele en el mismo lugar desde el principio?



¿Dónde te dolió primero?

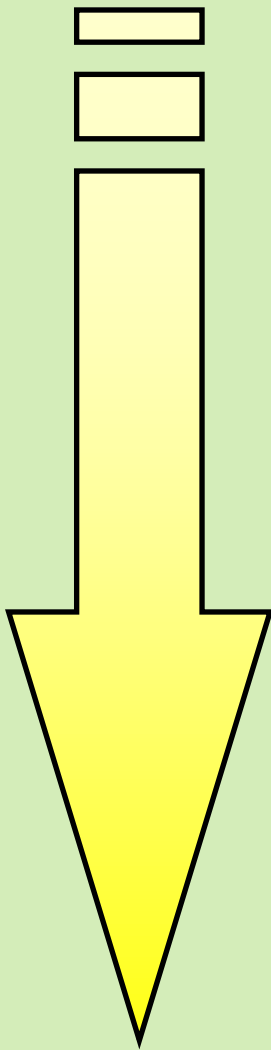
※4ページ^{まえ}前へ

¿Ha experimentado el mismo sufrimiento (dolor) antes?



¿Cuándo empezó a doler?

ahora



Antes

de repente

Hace 15 minutos

Hace 30 minutos

1 hora antes

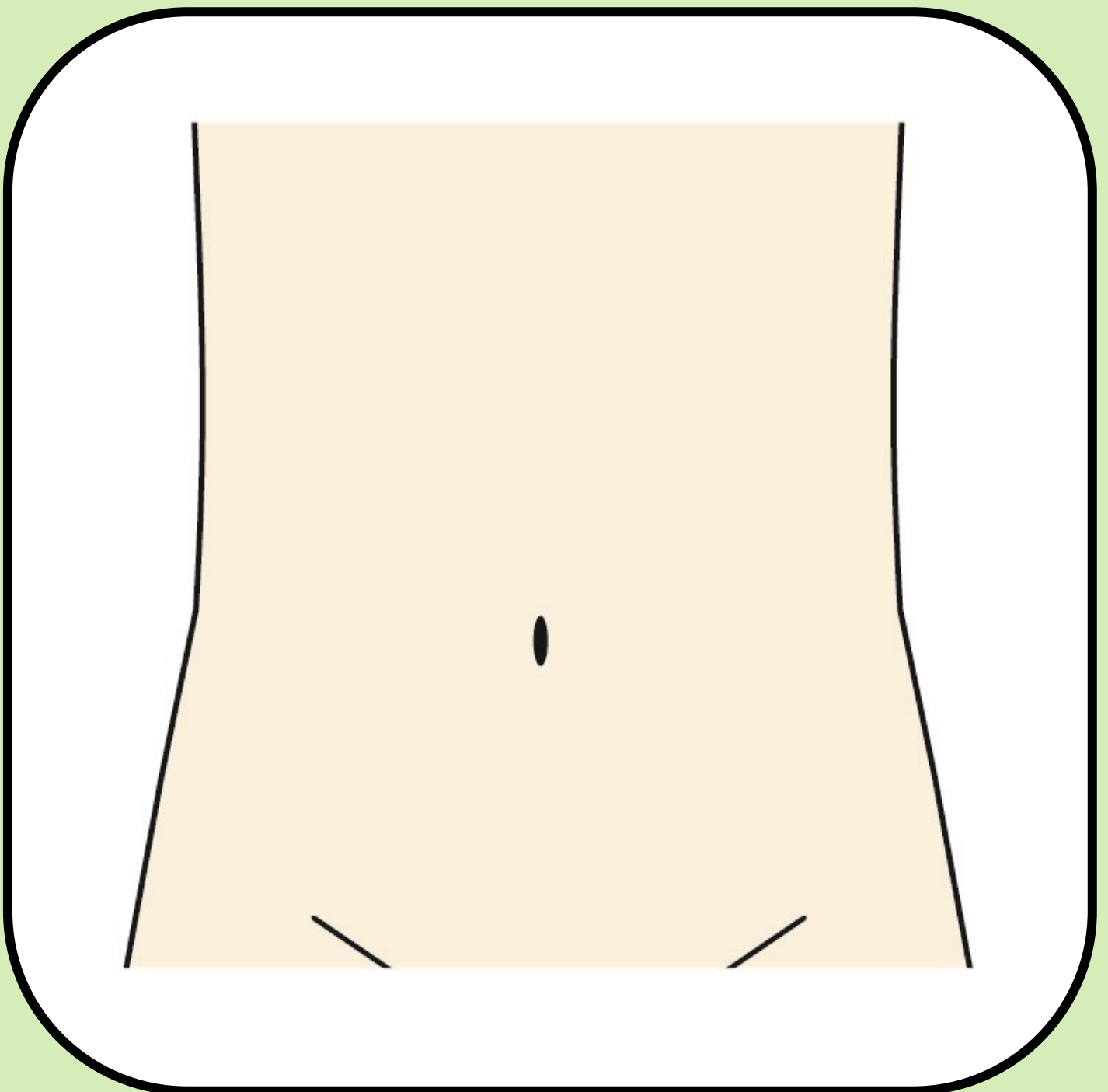
hace 3 horas

Hace 1 día

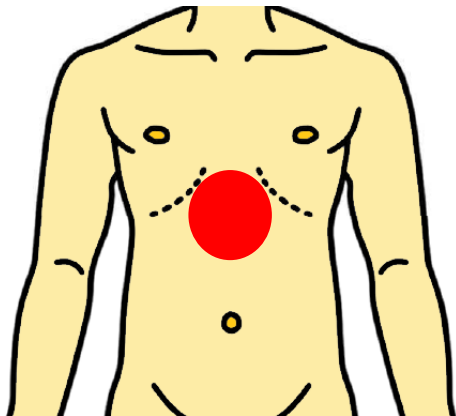
antes que eso

No sé

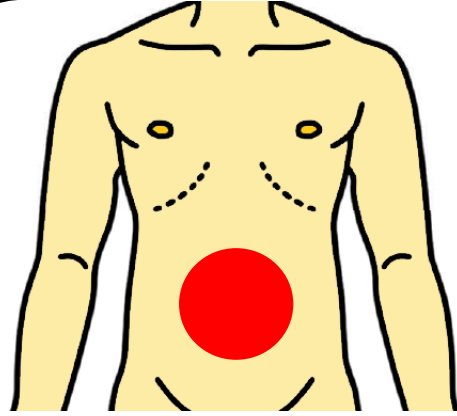
abdomen



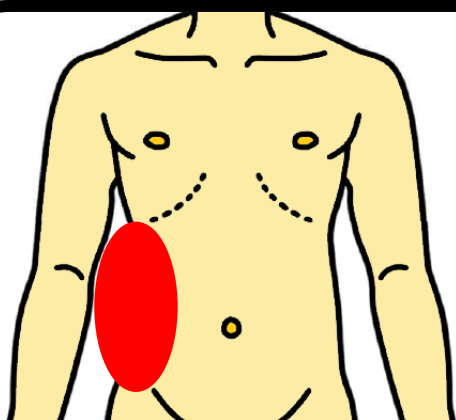
¿Dónde le duele?



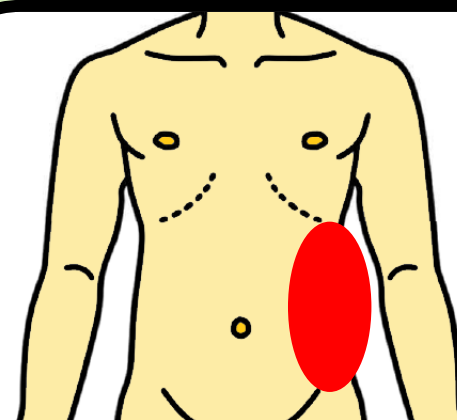
plexo solar



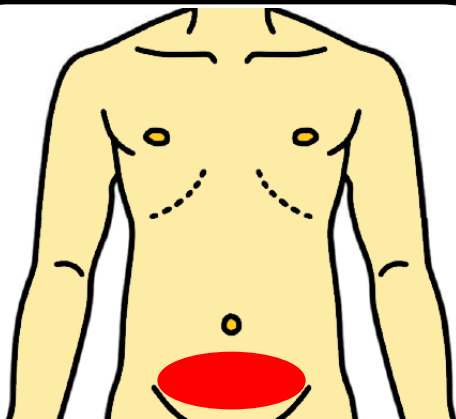
alrededor del
ombligo



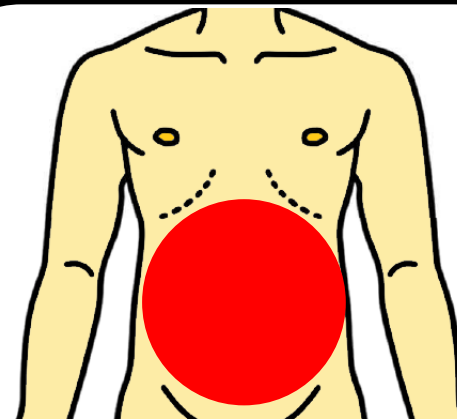
abdomen
derecho



abdomen
izquierdo

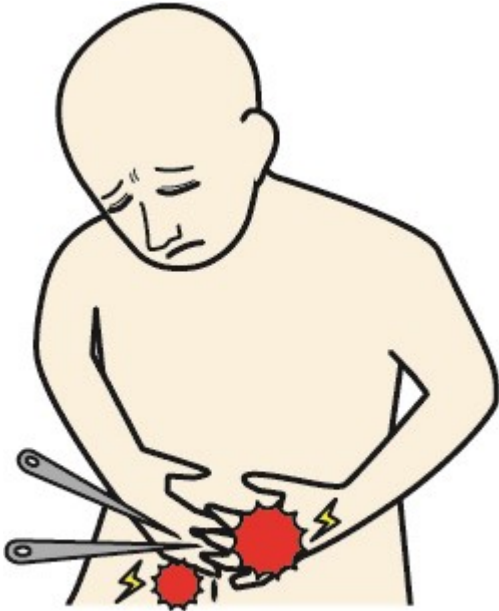


abdomen
bajo

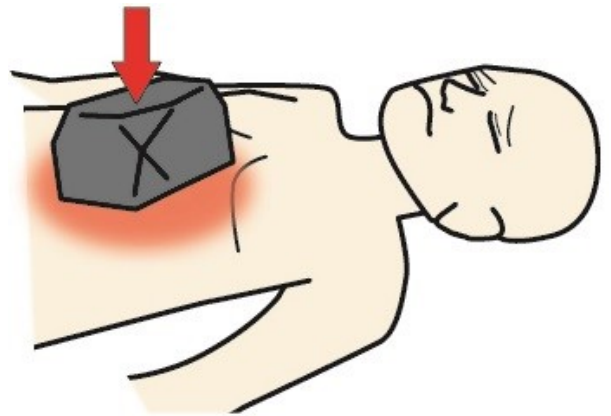


entero

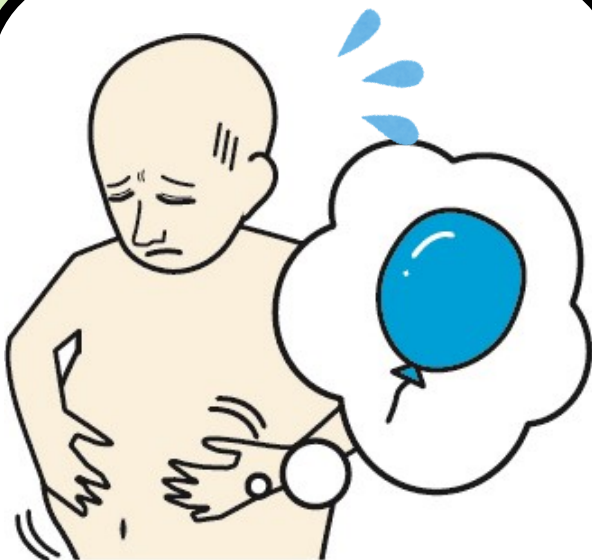
¿Cuales son los sintomas?



escozor



pesado



**distensión
abdominal**



**dolor de
barriga**

¿Hay un movimiento de
sufrimiento



Sí



No

¿Ha experimentado el mismo su-
frimiento (dolor) antes?

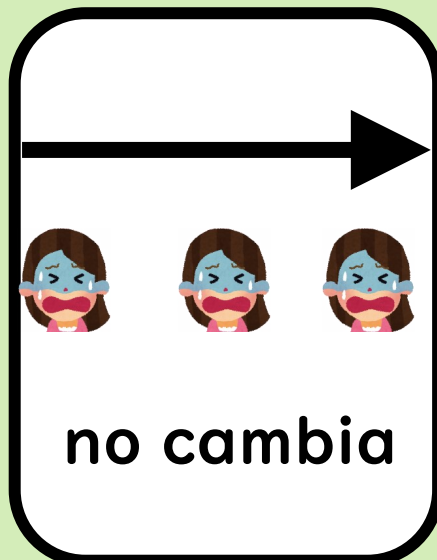


Sí



No

¿Continúa el sufrimiento (dolor)?



no cambia



El dolor tiene
distintos gra-
dos de fuerza

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?



náuseas



**vómito de
sangre**



hematuria



**heces con
sangre**



diarrea



no tener

¿Tuviste una evacuación intestinal hoy?



¿Cuándo fue la última vez que defecó?



¿Comiste comida hoy?



¿Cuándo fue la última vez que comiste?

ahor

Hace 15 minutos

a

Hace 30 minutos

1 hora antes

hace 3 horas

Hace 1 día

antes que eso

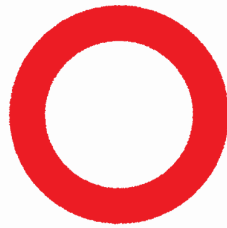
An tes

No sé

Contagio



¿Tiene fiebre (37,5 °C o más)?



Sí



No

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?



dolor de garganta



tos



moco



Cansancio,
lentitud.

¿Estás en tu periodo?



Sí



No



Primer día

el segundo
día

Tercer día

Día 4

Día 5

Recién
terminado

¿Estás embarazada?



Sí



No

No sé

¿Tienes alguno ahora?

※Por favor, muéstrame.



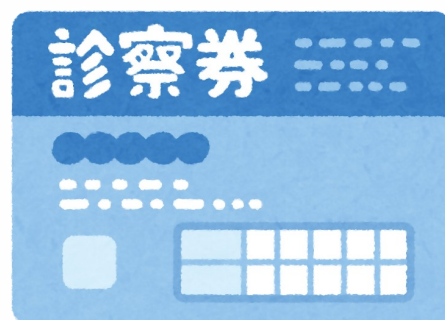
Certificado de discapacidad



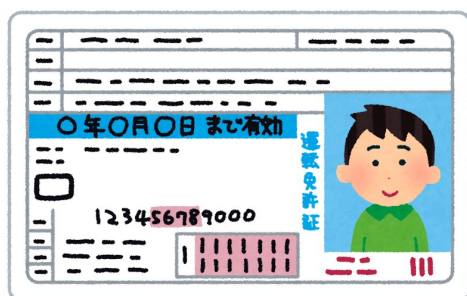
cuaderno de medicina



tarjeta de seguro



Tarjeta de registro de paciente.

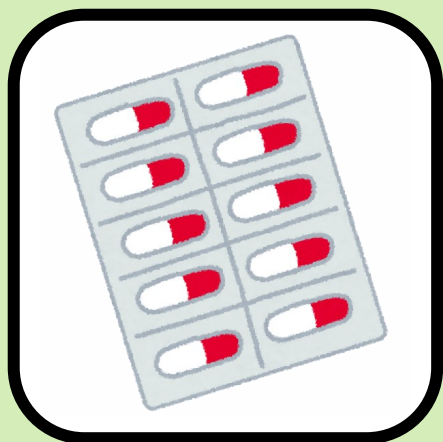


Licencia de conducir



mi tarjeta numérica

¿Hay algún medicamento que tomes siempre?



¿Tomaste tu medicamento hoy?



¿Tiene un hospital familiar?



Porfavor dime tu nombre

Por favor dime tu fecha de nacimiento

年	月	日
---	---	---

por favor dime tu dirección

Por favor dime tu información de contacto

¿Hay alguna enfermedad que aplique?



hipertensión



Diabetes



Cardiopatía



**enfermedad de la
cabeza (cerebro)**

otros



ninguno

¿Dónde está su médico de atención primaria?

**Centro Médico
Yachiyo**

**Hospital
Katsutadai**

**Hospital
de Santa
Margarita**

**Hospital
General
Shimadadai**

**Nuevo
Hospital
Yachiyo**

**Clínica Médica
General
Yachiyo**

**a la siguiente
página**

¿Dónde está su médico de atención primaria?

Hospital
Médico Seco

Hospital
Saiseikai
Narashino

Hospital de Sa-
kura de la Uni-
versidad de
Toho

Hospital
Saisei

Hospital
Narashino
Daiichi

Hospital Chiba
Tokushukai

Otros hospitales

あ	い	う	え	お
か	き	く	け	こ
さ	し	す	せ	そ
た	ち	つ	て	と
な	に	ぬ	ね	の
は	ひ	ふ	へ	ほ
ま	み	む	め	も
や	ゆ	よ	や	ゆ
			よ	つ
ら	り	る	れ	ろ
わ	を	ん	”	。

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

A	B	C	D	E
F	G	H	I	J
K	L	M	N	O
P	Q	R	S	T
U	V	W	X	Y
Z				

¿Conoces tu tipo de sangre?

RH-

RH+



No sé

A型

B型

O型

AB型

¿Necesito un intérprete de lengua de signos?



Sí



No

¿Necesito un escriba de resumen?



Sí



No