

Sírvase llenar este formulario para que podamos ayudarlo

Please Complete This Form So We Can Help You

Conserve este documento. Un miembro del personal revisará este documento pronto.
Keep this document. A staff member will review this document soon.

Nombre del paciente _____

Patient's name

Masculino
Male

Edad _____
Age

Peso _____ kilogramos/libras
Weight kilograms/pounds

Femenino
Female

¿Quién llena este formulario?

- Yo, el paciente
- Familiar o amigo del paciente
- Un intérprete para el paciente

Who is filling out this form?

Me, the patient
Patient's family member or friend
An interpreter for the patient

¿Por qué está aquí?

- Estoy enfermo o lesionado debido a un desastre
- Estoy enfermo o lesionado, pero no debido a un desastre
- Estoy aquí para ayudar o buscar un familiar

Why are you here?

I am ill or injured because of a disaster
I am ill or injured but not because of a disaster
I am here to help or look for a family member

¿Está embarazada?

- Sí
- Estoy en trabajo de parto
- No
- No estoy segura

Are you pregnant?

Yes
I am in labor
No
I am not sure

¿Ha viajado fuera del país en los últimos 2 meses?

- Sí
- No

Si responde sí, ¿a qué país?

Have you traveled outside the country in the past 2 months?

Yes
No
If yes, to what country?

¿Qué problema está experimentando?

Marque todas las opciones que correspondan.

- Tengo problemas para respirar
- Tengo dolor, presión o molestia en el pecho
- Estoy sangrando
- Tengo un fuerte dolor de cabeza
- Me siento mareado o aturdido
- Tengo problemas de vista
- No puedo oír
- Tengo un hueso quebrado
- Tengo una quemadura en la piel
- Tengo sarpullido, hinchazón o enrojecimiento
- Siento adormecimiento u hormigueo
- Tengo náuseas, vómitos o diarrea
- Tengo secreción nasal, tos o fiebre

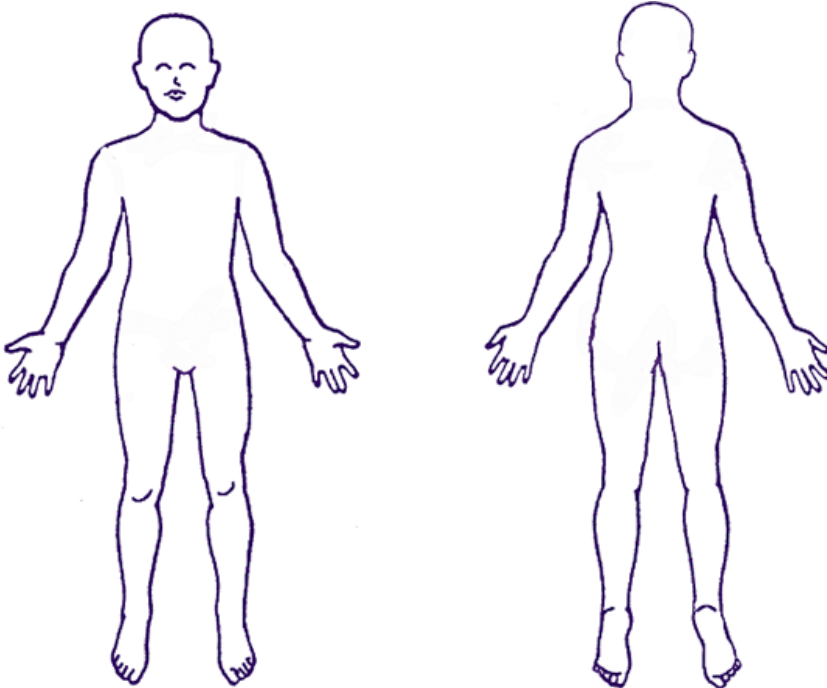
What problem are you having?

Mark all that apply.

- I am having trouble breathing
- I am having chest pain, pressure or discomfort
- I am bleeding
- I have a severe headache
- I feel dizzy or lightheaded
- I am having problems seeing
- I cannot hear
- I have a broken bone
- My skin is burning
- I have a skin rash, swelling or redness
- I feel numbness or tingling
- I have nausea, vomiting or diarrhea
- I have a runny nose, cough or a fever

Marque en estas figuras el lugar que le duele.

Mark in these figures the place that hurts.



Marque las enfermedades o afecciones que tiene o que ha tenido anteriormente.

- Asma
- Diabetes
- Cardiopatías
- Hepatitis
- Hipertensión arterial
- Inmunosupresión por VIH, cáncer u otro motivo
- Derrame cerebral

Marque los medicamentos que está tomando.

- Medicamentos para el corazón
- Medicamentos para la presión arterial
- Anticoagulantes como Coumadin
- Medicamentos para los problemas respiratorios
- Insulina
- Otros medicamentos de venta sin receta médica, como **antiácidos, laxantes o analgésicos**

Marque todas las alergias que tenga.

- Productos lácteos, como leche o huevos
- Mariscos
- Tinte o yodo
- Aspirina
- Penicilina
- Morfina
- Sulfamida
- Látex
- Otra _____

Mark any diseases or conditions you have or have had in the past.

- Asthma
- Diabetes
- Heart disease
- Hepatitis
- High blood pressure
- Immunosuppression from HIV, cancer or other reason
- Stroke

Mark any medicines you are taking.

- Heart medicines
- Blood pressure medicines
- Blood thinners such as Coumadin
- Breathing medicines
- Insulin
- Other over the counter medicines such as **antacids, laxatives or pain medicines**

Mark any allergies you have.

- Dairy products such as eggs or milk
- Seafood
- Dye or iodine
- Aspirin
- Penicillin
- Morphine
- Sulfa
- Latex
- Other _____