



LIVRET DE LA COMMUNICATION

Espagnol - Español

INTRODUCCIÓN

Estimados colaboradores,

En este folleto encontrarán un conjunto de preguntas prácticas para comunicarse con los pacientes.

Para superar la barrera del idioma, este apoyo le permitirá intercambiar, comprender, evaluar y diagnosticar sin que el idioma sea un obstáculo.

Estimados pacientes,

En este folleto, encontrarán una serie de preguntas/respuestas para facilitar su comunicación con el personal de enfermería.

Tenga la seguridad de que el personal se esforzará al máximo para garantizarle una atención de calidad, sin distinción de raza, sexo y sin importar sus convicciones religiosas o filosóficas.

ÍNDICE

IDENTIDAD, FAMILIA, NÚMERO DE CONTACTO	4
ANTECEDENTES MEDICALES, ALERGIAS, ADICCIONES	6
TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS	10
QUEJAS	12
DOLORES	16
EL CUERPO HUMANO MASCULINO	18
EL CUERPO HUMANO FEMENINO	19
REGIMEN ALIMENTARIO	20
TRANSITO, CONTINENCIA	22
RIESGO DE CAÍDA	24
AUTONOMÍA / DEPENDENCIA	26
LENTES (GAFAS) Y PROTESIS	28
RELIGIÓN / ESPIRITUALIDAD	30

FR 1. IDENTITÉ, FAMILLE, N° DE CONTACT



Pouvez-vous me dire votre nom, prénom et date de naissance ?

Confirmez-vous que les données reprises sur votre bracelet d'identité sont exactes ?

Oui | Non

Avez-vous une personne de référence parlant le français ?

Oui | Non

Si oui, pouvez-vous me donner son nom, prénom, lien de parenté, n° de téléphone ?

Avez-vous une personne de confiance que nous pourrions contacter en cas de besoin ?

Oui | Non

Si oui, pouvez-vous me donner son nom, prénom, lien de parenté, n° de téléphone ?

ES 1. IDENTIDAD, FAMILIA, NÚMERO DE CONTACTO



¿Cuál es su apellido, nombre y fecha de nacimiento?

¿Confirma que los datos escritos en su pulsera de identidad son exactos?

Sí | No

¿Tiene una persona de referencia quien habla francés?

Sí | No

¿Si sí, me puede dar su apellido, nombre, vínculo familiar y número de teléfono?

¿Tiene una persona de confianza que podríamos contactar en caso de necesidad?

Sí | No

¿Si sí, me puede dar su apellido, nombre, vínculo familiar y número de teléfono?

FR

2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, ALLERGIES, ASSUÉTUDES



Avez-vous des problèmes médicaux ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

Diabétique	Hypertension artérielle	Problème de coeur	Problème respiratoire
Problème de thyroïde	Autre		

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ? (m'indiquer sur le mannequin)

Oui Non

Avez-vous des allergies ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Aspirine	Pénicilline	Iode	Poils, poussières, acariens	Autre
----------	-------------	------	-----------------------------	-------

ES

2. ANTECEDENTES MEDICALES, ALERGIAS, ADICCIONES



¿Tiene problemas medicaleos?

Sí No

Si sí, ¿Cuáles?

Diabetes	Hipertensión arterial	Problema cardiaco	Problema respiratorio
Problema de tiroides	Otro		

¿Ya ha tenido una intervención quirúrgica?

Sí No

Si sí, ¿cuál.es? (indicarla.s en el modelo)

Sí No

¿Tiene alergias?

Sí No

Si sí, ¿cual.es?

Aspirina	Penicilina	Yodo	Pelos, polvo, ácaros	Otra
----------	------------	------	----------------------	------

Fumez-vous ?

Oui Non

Si oui, combien de cigarettes par jour ?

1 à 5 /jours 5 à 10 /jours Plus de 10 /jours

Buvez-vous de l'alcool régulièrement ?

Oui Non

Si oui, buvez-vous

1 à 3 verres d'alcool par jour 3 à 6 verres d'alcool par jour Plus de 6 verres par jour

Consommez-vous une drogue ?

Oui Non

Si oui, laquelle ?

Cannabis Héroïne Cocaine Ecstasy Amphétamine LSD

¿Fuma?

Sí No

Si sí, ¿Cuántos cigarros por día?

1 a 5 / día 5 a 10 / día Más de 10 / día

¿Bebe alcohol seguido?

Sí No

Si sí, ¿Cuánto?

1 a 3 vasos de alcohol por día 3 a 6 vasos de alcohol por día Más de 6 vasos de alcohol por día

¿Consume drogas?

Sí No

Si sí, ¿cual.es?

Cannabis Heroína Cocaína Éxtasis Amphetaminas LSD

FR 3. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX



Avez-vous un traitement médicamenteux ?

Oui

Non

Si oui, lequel ?

ES 3. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS



¿Toma medicinas?

Sí

No

Si sí, ¿cuáles?

FR

4. PLAINTES



Avez-vous la sensation d'avoir froid ?

Oui

Non

Avez-vous la sensation d'avoir chaud ?

Oui

Non

Avez-vous des bouffées de chaleur ?

Oui

Non

Toussez-vous ?

Oui

Non

Si oui, comment est votre toux ?

Grasse

Sèche

Crachez-vous ?

Oui

Non

ES

4. QUEJAS



¿Tiene la sensación de tener frío?

Sí

No

¿Tiene la sensación de tener calor?

Sí

No

¿Tiene sofocos?

Sí

No

¿Tose?

Sí

No

Si sí, ¿cómo es su tos?

Grasa

Seca

¿Escupe?

Sí

No

Si oui, comment sont vos crachats ?

Glaireux	Mousseux	Sanguinolents
----------	----------	---------------

Êtes-vous essoufflé lors d'un effort ?

Oui	Non
-----	-----

Êtes-vous essoufflé lorsque vous êtes au repos ?

Oui	Non
-----	-----

Avez-vous de l'oxygène à la maison ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, combien de litres d'oxygène avez-vous ?

Avez-vous des nausées ou des vomissements ?

Oui	Non
-----	-----

Faites-vous de l'apnée du sommeil ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, dormez-vous avec un appareillage ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, y a-t-il de l'oxygène sur l'appareillage ?

Oui	Non
-----	-----

Si sí, ¿cómo son sus esputos?

Mucosos	Espumosos	Sanguinolentos
---------	-----------	----------------

¿Se siente que se queda sin aliento después de un esfuerzo?

Sí	No
----	----

¿Se siente que se queda sin aliento en reposo?

Sí	No
----	----

¿Tiene oxígeno en la casa?

Sí	No
----	----

Si sí, ¿cuántos litros de oxígeno tiene?

¿Tiene náuseas o vómito?

Sí	No
----	----

¿Tiene apnea del sueño?

Sí	No
----	----

Si sí, ¿duerme con un aparato?

Sí	No
----	----

Si sí, ¿hay oxígeno en el aparato?

Sí	No
----	----

FR 5. DOULEURS



Avez-vous des douleurs ?

Oui | Non

Où avez-vous mal ? (veuillez me montrer sur vous-même où, sur le mannequin, page suivante)

Quelle est l'intensité ? (veuillez utiliser l'échelle de la douleur)



Quand avez-vous mal ?

Tout le temps | À la mobilisation | À la respiration

ES 5. DOLORES



¿Tiene dolores?

Sí | No

¿Dónde? (por favor, enseñeme la parte del cuerpo que le duele en la imagen de la página siguiente)

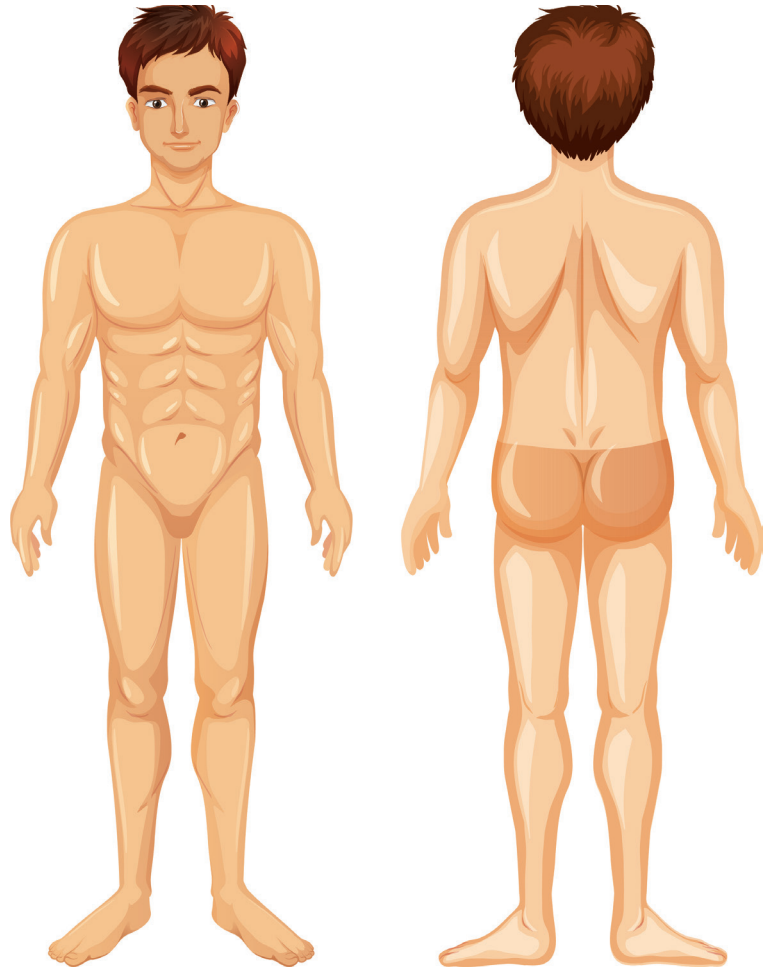
¿Cuál es la intensidad de su dolor? (por favor, usa la escala de dolores)



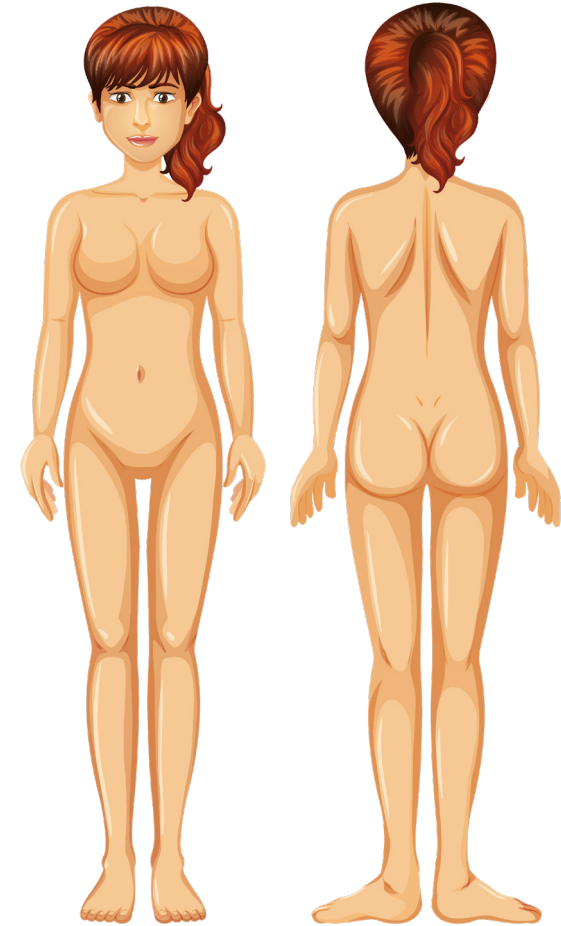
¿Cuándo le duele?

Todo el tiempo | Cuando me muevo | Cuando respiro

6. EL CUERPO HUMANO MASCULINO



7. EL CUERPO HUMANO FEMENINO



FR 8. RÉGIME ALIMENTAIRE



Êtes-vous à jeun ?

Oui | Non

Si oui, depuis quand ?

Avez-vous un régime alimentaire ?

Oui | Non

Si oui, quel est le type de régime alimentaire ?

Sans sucre	Sans sel	Sans porc
Sans viande	Sans gluten	Sans lactose
Autre :		

Quel est votre poids ?

Quelle est votre taille ?

ES 8. REGIMEN ALIMENTARIO



¿Está en ayunas?

Sí | No

Si sí, ¿desde cuándo?

¿Tiene un régimen alimentario específico?

Sí | No

Si sí, ¿cuál es?

Sin azúcar	Sin sal	Sin puerco
Sin carne	Sin gluten	Sin lactosa
Otro :		

¿Cuánto pesa?

¿Cuánto mide de altura?

FR 9. TRANSIT, CONTINENCE



Avez-vous des difficultés à uriner ?

Oui Non

Avez-vous une incontinence urinaire ?

Oui Non

Avez-vous des flatulences (gaz) ?

Oui Non

Êtes-vous constipé ?

Oui Non

Avez-vous des selles liquides ?

Oui Non

Avez-vous une incontinence fécale ?

Oui Non

ES 9. TRANSITO, CONTINENCIA



¿Tiene dificultades para orinar?

Sí No

¿Sufre de incontinencia urinaria?

Sí No

¿Tiene flatulencia?

Sí No

¿Se siente estreñido?

Sí No

¿Sus heces son líquidas?

Sí No

¿Sufre de incontinencia fecal?

Sí No

FR 10. RISQUE DE CHUTE



Comment vous mobilisez-vous ?

Seul	Avec l'aide d'une personne	Avec une tribune / déambulateur	Avec une canne
Avec des béquilles	En fauteuil roulant	Je ne marche plus	

Où habitez-vous ?

Dans une maison	Dans un appartement	Dans une maison de repos
Autre :		

Y a-t-il des escaliers ?

Oui	Non
-----	-----

ES 10. RIESGO DE CAÍDA



¿Cómo se moviliza?

Solo	Con la ayuda de alguien	Con un estrado	Con una caña
Con muletas	Con una silla de ruedas	Ya no camino	

¿Dónde vive?

En una casa	En un apartamento	En un asilo
Otro :		

¿Hay escaleras?

Sí	No
----	----

FR 11. AUTONOMIE / DÉPENDANCE



Êtes-vous...

...droitier ? | ...gaucher ? | ...ambidextre (les deux) ?

Avez-vous besoin d'aide pour vous habiller ?

Oui | Non

Avez-vous des vêtements de rechange ?

Oui | Non

Avez-vous besoin d'aide pour votre toilette ?

Oui | Non

Voulez-vous une aide pour laver votre dos et vos pieds ?

Oui | Non

Avez-vous besoin d'aide pour vous essuyer ?

Oui | Non

Avez-vous besoin d'aide pour vous alimenter ou faire vos tartines ?

Oui | Non

ES 11. AUTONOMÍA / DEPENDENCIA



¿Es...

...diestro? | ...zurdo? | ...ambidiestro?

¿Necesita ayuda para vestirse?

Sí | No

¿Tiene ropa de recambio?

Sí | No

¿Necesita ayuda para bañarse?

Sí | No

¿Quiere ayuda para lavarse la espalda y los pies?

Sí | No

¿Necesita ayuda para secarse?

Sí | No

¿Necesita ayuda para alimentarse o prepararse un sándwich?

Sí | No

FR 12. LUNETTES ET PROTHÈSES



Êtes-vous porteur de lunettes de vue ?

Oui Non

Êtes-vous porteur d'appareils auditifs ?

Oui Non

Êtes-vous porteur de lentilles de contact ?

Oui Non

Avez-vous des prothèses dentaires ?

Oui Non

Si oui

Inférieures Supérieures

Êtes-vous porteur d'une autre prothèse ?

Oui Non

Si oui, laquelle ?

ES

12. LENTES (GAFAS) Y PROTESIS



¿Usa lentes/gafas de vista?

Sí No

¿Usa aparatos auditivos?

Sí No

¿Usa lentes de contacto?

Sí No

¿Tiene unas prótesis dentales?

Sí No

Si sí

Inferiores Superiores

¿Tiene otro tipo de prótesis?

Sí No

Si sí, ¿cuál?

FR 13. RELIGION/SPIRITUALITÉ



Êtes-vous croyant ?

Oui | Non

Si oui, quelle est votre religion ou philosophie ?

Catholique	Protestante	Orthodoxe	Musulmane (Islam)	Témoign de Jéhovah
Juive (Judaïsme)	Laique (Laïcité)	Bouddhiste	Hindouiste	

Si cela est nécessaire, acceptez-vous une transfusion sanguine (sang, plaquettes ou plasma ?)

Oui | Non

Souhaitez-vous faire appel au service d'accompagnement spirituel de l'hôpital pour vous écouter et vous soutenir pendant votre séjour ?

Oui | Non

Désirez-vous le passage d'un représentant de votre religion ou philosophie ?

Oui | Non

ES 13. RELIGIÓN / ESPIRITUALIDAD



¿Es creyente?

Sí | No

Si sí, ¿cuál es su religión o filosofía?

Católica	Protestante	Ortodoxa	Musulmana (islam)	Testigo de Jehová
Judía (judaísmo)	Secular (laicidad)	Budista	Hinduista	

Si es necesario, ¿aceptaría una transfusión sanguínea (sangre, plaquetas, plasma)?

Sí | No

¿Desea utilizar el servicio de atención espiritual del hospital para que le escuchen y le apoyen durante su estancia?

Sí | No

¿Quiere que pase un representante de su religión o filosofía?

Sí | No



**GRUPE
JOLIMONT**

Siège social

• Rue Ferrer 159
7100 Haïne-Saint-Paul



www.jolimont.be

Hôpital de Jolimont

• La Louvière
☎ +32 64 23 30 11

Hôpital de Tubize

• Tubize
☎ +32 2 391 01 30

Hôpital de Lobbes

• Lobbes
☎ +32 71 59 92 11

Hôpital de Nivelles

• Nivelles
☎ +32 67 88 52 11

Hôpital de Mons

• Mons
☎ +32 65 38 55 11

Hôpital de Warquignies

• Boussu
☎ +32 65 38 55 11
