

Anexo 1 / Anlage 1

Anamnesis: cuestionario de antecedentes médicos
Selbstanamnese – Anamnesebogen

Debe ser cumplimentado por todas las personas solicitantes de asilo con anterioridad al examen médico.

Auszufüllen für jede asylwerbende Person vor der ärztlichen Untersuchung

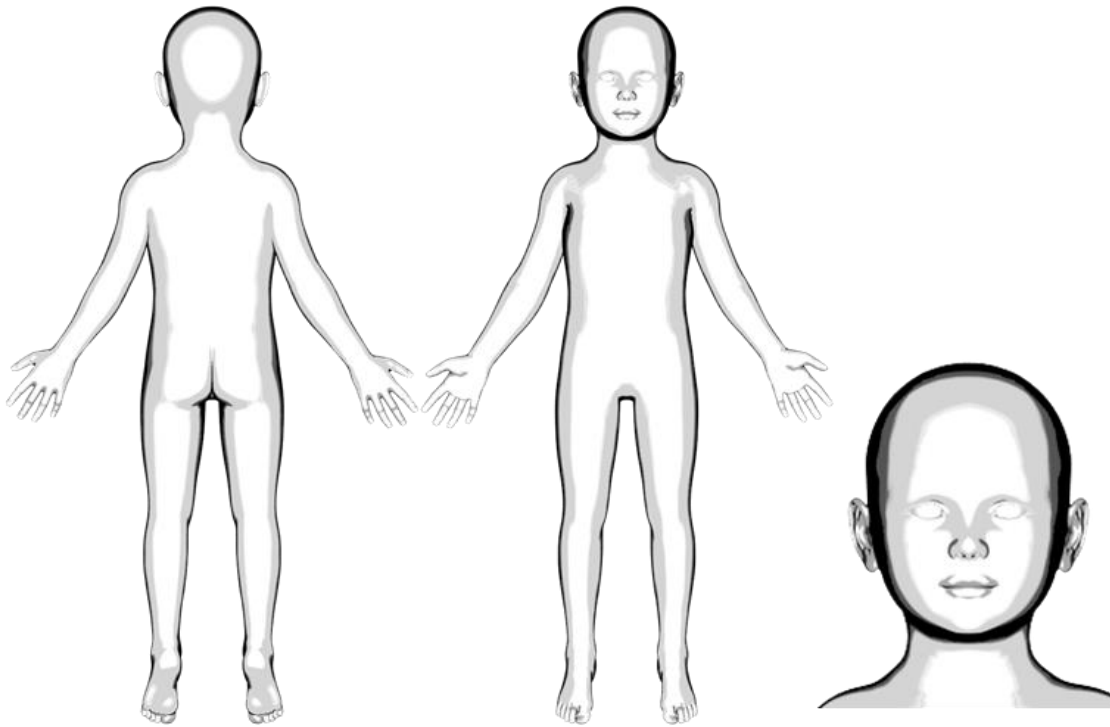
Nombre <i>Name</i>	
Fecha de nacimiento <i>Geburtsdatum</i>	
País de origen <i>Herkunftsland</i>	
Número de registro AIS <i>AIS-Registrierungsnummer</i>	

Marque con una cruz la opción correspondiente:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

¿Presenta alguno de los siguientes síntomas en este momento? <i>Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden?</i>	No <i>Nein</i>	Sí <i>Ja</i>	En caso afirmativo, ¿desde cuándo? <i>Wenn ja: seit wann?</i>
Fiebre <i>Fieber</i>			
Diarrea <i>Durchfall</i>			
Vómitos <i>Erbrechen</i>			
Tos <i>Husten</i>			
Expectoración con sangre <i>Blutiger Auswurf</i>			
Erupción cutánea <i>Hautausschlag</i>			
Picor <i>Juckreiz</i>			
Pérdida de peso <i>Gewichtsverlust</i>			
Sudores nocturnos <i>Nachtschweiß</i>			
¿Tiene lesiones o dolores? <i>Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen?</i>	No <i>Nein</i>	Sí <i>Ja</i>	En caso afirmativo, ¿desde cuándo? <i>Wenn ja: seit wann?</i>

Por favor, marque las zonas en que tiene lesiones o dolores:
Bitte markieren Sie die Stellen, an denen Sie Schmerzen oder Verletzungen haben:



¿Está usted tomando medicamentos actualmente? Nehmen Sie derzeit Medikamente?	<input type="checkbox"/> Sí / Ja	<input type="checkbox"/> No / Nein
En caso afirmativo, ¿a causa de qué enfermedad? Wenn ja: gegen welche Erkrankung?	¿De qué medicamento se trata? Welches Medikament?	
<input type="checkbox"/> Diabetes <i>Zuckerkrankheit (Diabetes)</i>		
<input type="checkbox"/> Asma u otra enfermedad pulmonar <i>Asthma oder andere Lungenerkrankung</i>		
<input type="checkbox"/> Hipertensión, enfermedad cardíaca <i>Bluthochdruck, Herzerkrankung</i>		
<input type="checkbox"/> Epilepsia u otra enfermedad neurológica <i>Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung</i>		
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal <i>Nierenerkrankung</i>		
<input type="checkbox"/> Tumor <i>Tumor</i>		
<input type="checkbox"/> otras: <i>sonstige:</i>		

¿Ha sido vacunado/-a? Haben Sie Impfungen erhalten?	<input type="checkbox"/> Sí / Ja	<input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> No lo sé / Weiß nicht
En caso afirmativo, ¿qué vacunas ha recibido? Wenn ja: gegen welche Erkrankungen?	¿Con cuánta frecuencia y cuándo fue la última vez? Wie oft und wann zuletzt?		
<input type="checkbox"/> Sarampión <i>Masern</i>			
<input type="checkbox"/> Paperas <i>Mumps</i>			
<input type="checkbox"/> Rubéola <i>Röteln</i>			
<input type="checkbox"/> Poliomieltis <i>Poliomyelitis (Kinderlähmung)</i>			
<input type="checkbox"/> Difteria <i>Diphtherie</i>			
<input type="checkbox"/> Tétanos <i>Tetanus</i>			
<input type="checkbox"/> Meningococos ACWY <i>Meningokokken ACWY</i>			
<input type="checkbox"/> otras: <i>sonstige:</i>			

Para niños pequeños y bebés: Bei Säuglingen und Kleinkindern:	Sí Ja	En caso afirmativo, ¿cuáles y desde cuándo? Wenn ja: welche und seit wann?	No Nein
¿Presenta trastornos del desarrollo? Liegen Entwicklungsstörungen vor?			

Para mujeres: Bei Frauen:	Sí Ja	En caso afirmativo, ¿desde cuándo? Wenn ja: seit wann?	No Nein
¿Está usted embarazada? Sind Sie schwanger?			

Fecha
Datum

Nombre y firma
(de la persona que ha cumplimentado el cuestionario)
Name und Unterschrift
(der ausfüllenden Person)