

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 paper with you. A staff person will look at your paper soon.

Nombre del paciente Patient's name _____

Mujer Female Hombre Male

Edad Age _____

Peso Weight _____ kilogramos/libras kilograms/pounds

¿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

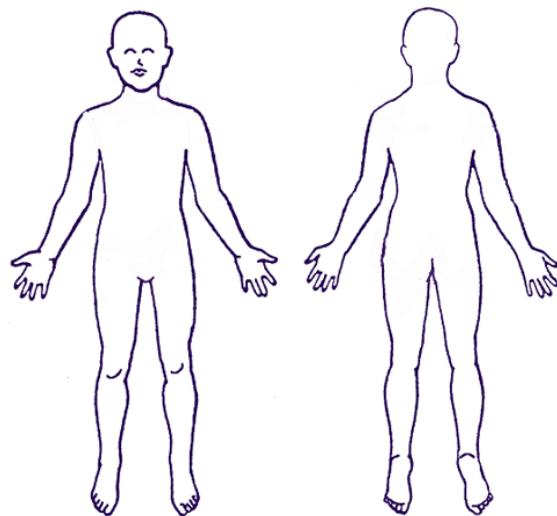
¿Qué problema está experimentando?

Marque todas las 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
- Me arde la piel
- Tengo sarpullido, hinchazón o enrojecimiento
- Siento adormecimiento u hormigueo
- Tengo náuseas, vómitos o diarrea
- Tengo escurrimiento nasal, tos o fiebre

Marque en estas figuras el lugar que le duele.

Mark on these figures where you feel pain.



What problems 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 las enfermedades que tiene o que ha tenido anteriormente.

- Asma
- Diabetes
- Enfermedad cardíaca
- Hepatitis
- Presión arterial alta
- Inmunosupresión por VIH, cáncer u otro motivo
- Derrame cerebral

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

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
- Sulfa
- Látex
- Otra _____

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 _____

Mass Casualty Form. Spanish.

7/2007. Content developed through a partnership of the Central Ohio Trauma System, the Columbus Medical Association Foundation, Columbus Public Health, Franklin County Board of Health, Mount Carmel Health, Ohio State University Medical Center and OhioHealth, Columbus, Ohio. Available for use as a public service without copyright restrictions at www.healthinfotranslations.org.