

## Before The Interpreter Arrives

The following phrases are a communication tool to be used before an interpreter arrives. This tool is not a replacement for an interpreter. Please assess patient for literacy prior to use.

### Personal Greetings/Information

Hola, mi nombre es:

Soy su: Enfermero/a  
Asistente de enfermería  
Técnico/a  
Trabajador/a social  
Terapeuta  
Dietista  
Médico  
Farmacéutico

¿Habla inglés?

Sí  No

¿Qué idioma habla?

Arabe  
Serbo-croata  
Camboyano  
Lao  
Somali  
Español  
Vietnamita

Yo no hablo...

Hemos llamado un/a intérprete que está en camino para interpretarle.

¿Le gustaría que pida un/a intérprete para que hable con usted en el teléfono?

Sí  No

Buenos días  
Buenas tardes  
Buenas noches  
Buenas noches  
Por favor  
Gracias

Hello, my name is:

I am your: Nurse  
Nursing assistant  
Technician  
Social worker  
Therapist  
Dietitian  
Physician  
Pharmacist

Do you speak English?

Yes  No

What language do you speak?

Arabic  
Bosnian/Croatian/Serbian  
Cambodian  
Lao  
Somali  
Spanish  
Vietnamese

I do not speak: (staff may point to choice of language).

An interpreter has been called and is coming to interpret for you.

Would you like me to get an interpreter on the telephone for you?

Yes  No

Good Morning  
Good afternoon  
Good evening  
Good Night  
Please  
Thank you

## Assessments/Admission History

¿Cuál es su nombre

Por favor escríbalo claramente.

Por favor escriba con letra de imprenta su:

Dirección:

Número de teléfono:

Fecha de nacimiento:

Número de seguro social: (EEUU)

Número de registro clínico:

¿Tiene una tarjeta de identificación?

Si      No

¿Tiene licencia de conducir?

Si      No

¿Tiene tarjeta de asistencia médica?

Si      No

¿Tiene pasaporte?

Si      No

¿Puedo ver su tarjeta de identificación?

Si      No

¿Tiene seguro médico?

Si      No

¿Alguien lo/a acompañó hoy?

Si      No

¿Está tomando medicina?

Si      No

Por favor enséñeme sus medicinas.

What is your name?

Please print your name clearly.

Please print:

Address:

Phone number:

Birthdate

Social security number: (US)

Clinic number:

Do you have an identification card?

Yes       No

Do you have a driver's license?

Yes       No

Do you have a medical assistance card?

Yes       No

Do you have a passport?

Yes       No

May I see your identification card?

Yes       No

Do you have health insurance?

Yes       No

Did someone accompany you today?

Yes       No

Are you taking medicine?

Yes       No

Please show me your medicines.

¿Defecó hoy?

Si      No

¿Está embarazada?

Si      No

¿Cuándo fue su último período menstrual?

¿Necesita usar el baño?

Si      No

¿Tiene náuseas?

Si      No

¿Tiene alergias a alguna medicina?

Si      No

¿Tiene dolor en el pecho?

Si      No

¿Usted fuma?

Si      No

Usted no puede fumar en la Clínica por razones de salud

¿Usa dentaduras postizas?

Si      No

¿Usa audífonos?

Si      No

¿Usa prótesis?

Si      No

¿Tiene dificultad para respirar?

Si      No

Did you have a bowel movement today?

Yes       No

Are you pregnant?

Yes       No

When was your last menstrual period?

Do you need to use the toilet?

Yes       No

Feel nauseous?

Yes       No

Have allergies to medicines?

Yes       No

Have pain in your chest?

Yes       No

Do you smoke?

Yes       No

You may not smoke on Clinic property due to health issues

Do you wear dentures?

Yes       No

Do you wear a hearing aid?

Yes       No

Do you wear prosthesis?

Yes       No

Are you having trouble breathing?

Yes       No

## Hospital Directions/Daily Care

¿Tiene

Calor  Si  No

Frío  Si  No

¿Está cansado/a?  Si  No

Hambre  Si  No

Sed  Si  No

Por favor tome su medicina o pastilla.

Vamos a caminar.

¿Quiere

cepillarse los dientes?  Si  No

peinarse?  Si  No

bañarse?  Si  No

ducharse?  Si  No

usar el inodoro o retrete  Si  No

sentarse?  Si  No

salir de la cama?  Si  No

Debe permanecer en cama.

No puede comer ni beber nada por un rato.

¿Ha orinado?  Si  No

Por favor guarde su orina en esta bacinilla/comodón.

¿Ha defecado?  Si  No

¿Quiere que su familia se quede con usted?

Si  No

El/la doctor/a vendrá después de terminar todas las cirugías.

Are you ?:

Hot  Yes  No

Cold  Yes  No

Tired  Yes  No

Hungry  Yes  No

Thirsty  Yes  No

Please take your medicine or pill.

Let's go for a walk.

Do you want to?:

Brush teeth  Yes  No

Comb hair  Yes  No

Bath/shower  Yes  No

Use toilet  Yes  No

Sit up  Yes  No

Get out of bed  Yes  No

You must remain in bed.

You cannot have anything to eat or drink for awhile.

Have you urinated?  Yes  No

Please save your urine in this pan or container.

Have you had a bowel movement?  Yes  No

Would you like your family to stay with you?

Yes  No

The doctor will be here after he/she is through with all his/her surgeries.

## Patient's Requests:

To staff: This patient request section may be printed and left at the bedside for the patient's use.

Tengo dolor.

¿Puedo tomar mi  
pastilla para el dolor?  
pastilla para dormir?

Tengo calor  
Tengo frío  
Estoy cansado/a  
Tengo hambre  
Tengo sed

Por favor:

Gire mi almohada  
Levante mi cama  
Baje mi cama

Quiero:

café  
té  
leche  
jugo  
soda/gaseosa  
azúcar  
sal  
un cuchillo  
un tenedor  
una cuchara

Quiero:

Ir a caminar  
Cepillarme los dientes  
Peinarme/cepillarme el cabello  
Bañarme/ducharme  
Sentarme  
Salir de la cama  
Que mi familia se quede conmigo  
Hablar con mi doctor/a  
Orinar  
Una bacinilla/comodón  
Volver a la cama  
Irme a casa

I am having pain.

May I have my:  
Pain pill  
Sleeping pill

I am:

Hot  
Cold  
Tired  
Hungry  
Thirsty

Please:

Turn my pillow  
Raise my bed  
Lower my bed

I want:

Coffee  
Tea  
Milk  
Juice  
Soda  
Sugar  
Salt  
Knife  
Fork  
Spoon

I want to:

Go for a walk  
Brush my teeth  
Comb/brush my hair  
Have a bath or shower  
Sit up  
Get out of bed  
My family to stay with me  
Talk to my doctor  
To urinate  
Have a bedpan  
Go back to bed  
Go home

## Physical Exam/Medical Procedures

¿Cuándo fue la última vez que comió o bebió? Por favor indique el número de horas:

1       2       3   
4       5       6   
7       8       9+

Por favor no coma ni beba.

¿Puedo tomarle la presión arterial?

Si      No

¿Puedo tomarle su temperatura en el oído?

Si      No

Voy a examinarle sus oídos.

Estamos examinando su corazón. No sentirá dolor ni molestias.

El/la doctor/a le va a hacer un examen ginecológico y/o un papanicolaou.

El catéter drena la orina de la vejiga.

El/la técnico/a va a ponerle una sonda intravenosa o un heparin lock.

El/la técnico/a lo/a va a llevar para hacer sus rayos x.

Por favor:

Abra la boca  
Trague  
Respire profundo  
Relájese  
Quédese quieto  
Siéntese  
Tosa

Por favor acuéstese:

Boca arriba  
En su costado izquierdo  
En su costado derecho

When did you last eat or drink? Please indicated number of hours ago:

1       2       3   
4       5       6   
7       8       9+

Please do not eat or drink

May I take your blood pressure?

Yes       No

May I take your temperature in your ear?

Yes       No

I'm going to examine your ears.

We are testing your heart. You won't feel any pain or discomfort.

The doctor is going to do a GYN exam and/or pap smear.

The catheter tube drains urine from the bladder.

The technician will restart an IV or a heparin lock.

The technician will take you for your x-ray.

Please:

Open your mouth  
Swallow  
Breathe deeply  
Relax  
Be still  
Sit up  
Cough

Please lie down:

On your back  
On your left side  
On your right side

Por favor:

- Apriete
- Empuje
- Doble
- Endereze
- Voy a sacarle sangre para unos análisis.
- Por favor use este frasco solo para recojer orina.

Can you please:

- Squeeze
- Push
- Bend
- Straighten
- I am going to draw blood for testing.
- Please use this bottle to collect urine only.

### Pain Management/Physical Assessment

¿Tiene dolor?

- Si            No

Por favor apunte con un dedo el área donde le duele.

¿Cómo es el dolor?

- Agudo
- Sordo
- Triturante
- Estrujante
- Ardiente
- Rígido
- Frío
- Palpitante
- Punzante
- Desgarrante
- Cosquilleante
- Agitante
- Opresivo
- Constante
- Intermitente

Do you have pain?

- Yes             No

Please point with one finger to the area of your pain.

What does the pain feel like?

- Sharp
- Dull
- Crushing
- Squeezing
- Burning
- Stiff
- Cold
- Throbbing
- Stabbing
- Tearing
- Tickle
- Fluttering
- Pressure
- Constant
- Intermittent

¿Qué tan intenso es su dolor ahora? En una escala de 0 a 10, 0 quiere decir que no hay dolor y 10 quiere decir que es un dolor muy intenso.)

- 1             2             3
- 4             5             6
- 7             8             9
- 10

How intense is your pain now? On a 10-1 scale (ten means very bad pain, and zero means no pain.)

- 1             2             3
- 4             5             6
- 7             8             9
- 10

¿El dolor empezó  
de repente?  
gradualmente?

Did the pain start:  
Suddenly  
Gradually

¿Quiere medicina para el dolor?

Do you want pain medication?

Si      No

Yes       No

¿Le ayudó la medicina?

Did the medication help?

Si      No

Yes       No

¿Se siente  
mejor?  
peor?  
igual?

Do you feel  
Better  
Worse  
Same

¿Tiene

Calor?       Si      No

Frío?       Si      No

Miedo?       Si      No

¿Está enojado/a?       Si      No

Are you:

Hot       Yes       No

Cold       Yes       No

Afraid       Yes       No

Angry       Yes       No

¿Se siente:

Mareado/a?       Si      No

Ansioso/a?       Si      No

Que va a perder el equilibrio?       Si      No

Con náuseas?       Si      No

Con entumecimiento?       Si      No

Con hormigueo?       Si      No

Mareado/a ligeramente       Si      No

Do you feel:

Dizzy       Yes       No

Anxious       Yes       No

Unbalanced       Yes       No

Nauseous       Yes       No

Numbness       Yes       No

Tingling       Yes       No

Lightheaded       Yes       No

### Trauma Related Questions for ER and Urgent Care

Se lesionó:

¿En un accidente automovilístico?

¿Con un objeto punzante?

¿Una caída?

¿Con maquinaria?

¿En una pelea?

¿En un asalto sexual?

¿Con gas?

¿Con químicos?

¿Con electricidad?

¿De otra forma?

No se lesionó.

Were you injured by:

Car accident

Sharp object

Fall

Machinery

Fight

Sexual assault

Gas

Chemicals

Electricity

Other

Not injured at all



¿Estuvo inconsciente?

Si      No

¿Tomó demasiada medicina?

Si      No

Por favor enseñeme lo que tomó.

¿Ha usado drogas ilícitas?

Si      No

Were you unconscious?

Yes       No

Did you take too much medicine?

Yes       No

Please show me what you took.

Have you taken any recreational or street drugs?

Yes       No