



## CUESTIONARIO DE EMERGENCIAS SANITARIAS PARA PACIENTES SORDOS

**Rellene la primera hoja y solo una de las cuatro siguientes  
(aquella que le afecta en este momento).**

**Envíe las 2 hojas por fax al número.....**

**Le contestaremos inmediatamente.**

Tlf/Fax: 

DOMICILIO

LOCALIDAD..... EDAD.....

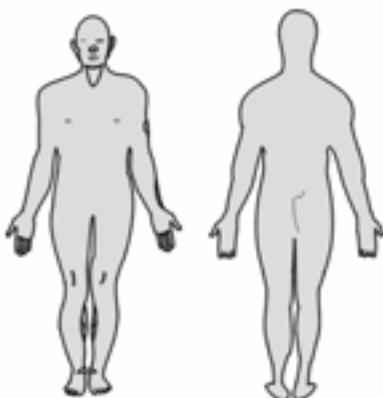
¿Quien? MUJER   HOMBRE

**¿PUEDE HABLAR?**








Si   **¿Respira?**   Si  No  
No   **Tiene pulso?**   Si  No

**¿DONDE LE DUELE?**

Poner una señal X



**¿QUÉ HA PASADO?**

- \_\_\_\_\_
- PERDIDA DE CONOCIMIENTO  (Página 2)
- PROBLEMA RESPIRATORIO   (Página 3)
- DOLOR EN EL PECHO   (Página 4)
- ACCIDENTES   (Página 5 ó 6)

¿CUANTO TIEMPO ESTA ASI ?



Horas.....Mint.....Dias.....

¿ALGO ANTES ENFERMEDAD?

Si  No

¿Cual?.....



TOMAS ALGO MEDICINA O PASTILLAS  SI  NO  
Nombre \_\_\_\_\_

¿Como se llama las pastillas?

**¿ PUEDES LLEVAR AL HOSPITAL?**

Si



No  SIN COCHE



# INCONSCIENTE O CONVULSIVO



PERDIDA CONOCIMIENTO

MIRAR SI TIENE LOS OJOS ABIERTOS O CERRADOS

ABIERTOS



CERRADOS



MIRAR SI HAY CONTACTO CON CUERPO (movimiento)

MUEVE

NO MUEVE

CUERPO ALGO MUEVE



PUEDE MOVER Y SENTIR

SI

NO

MIRAR LA CARA Y PARTES DEL CUERPO

¿Cómo se nota?:

CARA: Boca torcida



SI

NO

HACE PIPI

CARA: Blanca

sudor



CONVULSIÓN O ATAQUE

Puede mover

SI  NO

SI  NO



¿DONDE NO PUEDE MOVER?

BRAZOS o PIERNAS

# PROBLEMA RESPIRATORIO



¿PUEDE RESPIRAR AIRE?

SI  NO



¿RESPIRA ALGO PERO DIFÍCIL?

SI  NO

¿A QUE HORA EMPEZO?



Horas.....Mint.....Dias.....

## ¿LE DUELE EN EL PECHO?

SI  NO



## TU VER LA CARA... ¿COMO ESTA?

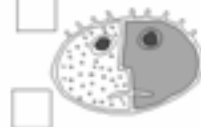
BOCA COLOR MORADO



CARA BLANCA



CARA TRANQUILA



CARA ASFIXIADO

TOSE MUCHO



TIENE FIEBRE



## BOCA TRAGADO /COMIDO ALGUN OBJETO....

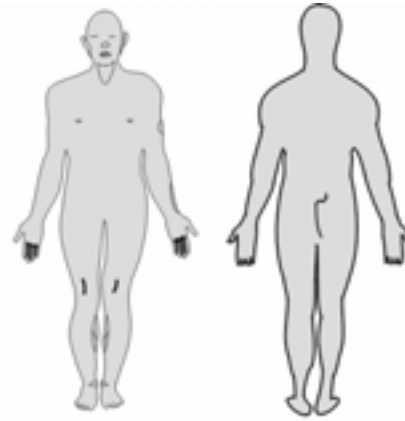
SI  NO



# DOLOR EN EL PECHO

¿DONDE DOLOR?

PONER SEÑAL CRUZ



¿COMO FORMA EL DOLOR?

OPRESIVO



QUEMANTE



PINCHANTE



¿QUE ESTABA HACIENDO ANTES?

REPOSO



MOVIMIENTO SUAVE / PASEO



DEPORTE FUERTE



DUELE FUERTE O POCO



Dolor poco



Regular



Dolor mucho

COMO ES SU CARA?



SUDOR



VOMITO



CARA BLANCA

-----  
OTROS

# HERIDAS/ACCIDENTES

ARMA FUEGO



ARMA BLANCA



COSAS / OBJETOS



ATAQUE DE ANIMAL



CAÍDA en...

Piso/escalera/calle/acera

Desde una altura de.....metros



## QUEMADURAS





FUEGO



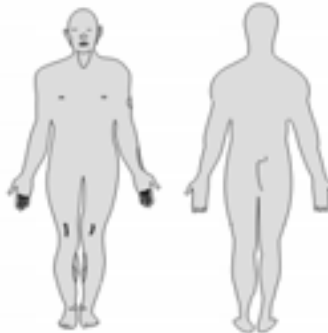
ELECTRICIDAD



PRODUCTOS QUÍMICO

## DONDE ESTA EL DOLOR?

PONER UNA CRUZ X



## AHOGAMIENTO



AHOGADO

## INGESTIÓN SUSTANCIAS TOXICAS



¿COMO SE LLAMA LA BOTELLA?



¿Cuantos litros bebes?

.....

.....

# ACCIDENTES / TRAFICOS

¿CUANTAS PERSONAS HERIDAS SUFREN?

1 Persona



2 Personas



3 Personas



Más Personas

¿CUANTAS?

¿QUE HA PASADO

-NO PUEDE HABLAR



-SANGRA MUCHO EN EL CUERPO



-NO PUEDE ANDAR



- NO PUEDE SALIR ESTA EN PELIGRO

¿CUAL DE LOS ACCIDENTES?

COCHE contra COCHE



COCHE contra ÁRBOL



COCHE contra PERSONA



OTROS INDICAR ¿CUAL?.....

ESTA POLICÍA O GUARDIA CIVIL

SI

NO



CUAL? .....