



## AHN OMSORG

PATIENTINFORMATION	INFORMACIÓN SOBRE EL ENFERMO
<p>Här är det tänkt att man noterar all sådan information om patientens tidigare och nuvarande hälsotillstånd, som sedan kan underlätta läkarens bedömning och diagnos.</p> <p>Gör lämpligen en kopia på dessa två sidor av häftet, fyll i dem och ta alltid med dem vid läkarbesök. Gör även separata kopior och fyll i för ev. övriga familjemedlemmar.</p> <p><b><i>Kom ihåg att alltid hålla informationen aktuell!</i></b></p>	<p>Estas hojas contendrán lo que es preciso saber sobre el enfermo y algo de su historia médica previa.</p>

NAMN:.....

PATIENTINFORMATION / INFORMACIÓN SOBRE EL ENFERMO

Efternamn..... Förnamn .....  
*Apellido* ..... *Nombre* .....

Adress/*Domicilio* .....  
.....  
..... *Tel:* .....

Nationalitet/*Nacionalidad* ..... Födelsedatum/*Fecha de nacimiento* .....

Blodgrupp/*Grupo sanguíneo* ..... Vikt/*Peso*..... Längd/*Altura* .....cm

Jag är / Soy   anställd/*empleado*  
pensionär/*jubilado*

resident/*residente* turist/*turista*

Jag har en sjukförsäkring hos/*Tengo un seguro médico con:*  
.....

Jag har det Europeiska sjukförsäkringskortet / *Tengo Tarjeta Europea de Seguro de Salud*  
.....

Jag har ingen sjukförsäkring / *No tengo seguro médico*  
.....

Min spanske husläkare är / *Mi médico de cabecera es*  
.....

Jag går på behandling hos (ange namn på läkare och klink eller sjukhus) /  
*Estoy siendo atendido por (médico y clínica o hospital)*  
.....  
.....

Jag bor ensam / *Vivo solo* .....

Jag har en man/hustru/annan släkting, som kan hjälpa mig / *Puedo contar con la ayuda de mi esposa/marido/otro pariente*

.....

Jag har en granne/vän, som kan hjälpa mig / *Puedo contar con la ayuda de un vecino/amigo*

.....

Jag har barn/en annan person hemma som inte kan lämnas ensam(ma) / *Tengo en casa niño(s)/otra persona que no puedo dejar solo(s)*

.....

Långvariga sjukdomar/*Enfermedades crónicas*      Insjuknade år/*Comienzo (año)*

.....

Sjukdom, operationer eller graviditet under det sista året / *Enfermedad, operación o embarazo en el último año*

.....

Jag tar f.n. följande mediciner / *Tomo actualmente la siguiente medicación*

.....

Jag är allergisk mot följande mediciner / *Soy alérgico a las siguientes medicinas*

.....

Genomgångna sjukdomar och behandlingar / Enfermedades y tratamientos que he tenido

Infektionssjukdomar	Enfermedades infecciosas	Ja/Si	Vaccinerad senast (år) Fecha últimas vacunas
Vattkoppor	<i>Varicela</i>		
Röda Hund	<i>Rubéola</i>		
Mässling	<i>Sarampión</i>		
Påssjuka	<i>Parotiditis</i>		
Polio	<i>Poliomielitis</i>		
Scharlakansfeber	<i>Escarlatina</i>		
Herpes	<i>Herpes</i>		
Smittkoppor	<i>Viruela</i>		
Stelkramp	<i>Tétanos</i>		
Tuberkulos	<i>Tuberculosis</i>		
Hepatit	<i>Hepatitis</i>		
HIV	<i>HIV</i>		

Var snäll och tala om för nedanstående person ifall jag måste läggas in på sjukhuset idag.

*Por favor, informe a la persona abajo indicada si tengo que ingresar hoy en el hospital*

Namn / Nombre..... Tel:.....