

MAKING THE INVISIBLES VISIBLE: A HEALTH LITERACY CAMPAIGN FOR
EASTERN NORTH CAROLINA MIGRANT FARMWORKERS

by

Tulsi Patel

A Senior Honors Project Presented to the

Honors College

East Carolina University

In Partial Fulfillment of the

Requirements for

Graduation with Honors

by

Tulsi Patel

Greenville, NC

May, 2018

Approved by:

Dr. Juan Daneri

Department of Foreign Languages and Literatures, Thomas Harriot College of Arts and Sciences

Table of Contents

Abstract.....	3
Artist's Statement.....	4
Background.....	5
Context.....	5
Future Directions.....	8
Conclusion.....	8
References.....	9
Appendix A.....	10
Appendix B.....	11
Appendix C.....	12
Appendix D.....	83

Abstract

Despite there being over 3 million migrant farmworkers in the United States, the migrant farmworkers represent one of the most marginalized and underserved populations (Bail et al., 2012, pg. 1). Their status as *migrant* farmworkers allows for less acculturation into the U.S. culture and health system (Reyes-Velarde, 2012). In spite of major health risks as a result of their occupation, farmworkers face limited access to health services due to poverty, low literacy, language and cultural barriers (Facts, 2017, pg. 3). Limited health literacy reportedly limits the use of preventive services and management of chronic conditions, and is also associated with misunderstanding prescription medication labels, increased preventable hospital visits and mortality (Baur, 2010, p. 9). This project is integrated into current initiatives by the Association of Mexicans in North Carolina, inc. (AMEXCAN) targeting the Eastern North Carolina migrant farmworker population. This campaign intends to reduce the health disparity migrant farmworkers face as a result of their occupation and background by improving health literacy, and therefore quality of care received.

Artist's Statement

This project is incorporated into a campaign for migrant farmworkers initiated by the Association of Mexicans in North Carolina, inc. (AMEXCAN) termed ‘Making the Invisibles Visible’. This campaign intends to improve the overall quality of life for local farmworkers by bettering access to health education and health resources.

The idea for this project stems from a personal experience studying abroad in Argentina. There, I participated in a program that coupled a medical Spanish course with a hospital shadowing experience. While I quickly learned basic medical Spanish to communicate with doctors and patients in the hospital, I found I struggled to understand all details of the doctor-patient conversation. This frustration encouraged me to think of my position as a person suffering a miscommunication in healthcare due to lack of technical terminology and the mere complexity of medical language. I asked myself: If I was a non-Spanish speaking patient in Argentina, what would I need to know to obtain appropriate healthcare? To make an appointment, describe my symptoms, and understand my treatment plan?

My return to the United States flipped my perspective on this issue; I considered what a non-English speaking patient in the United States would need to know to receive appropriate healthcare. More than the obvious answer of English, I found that one would need to know technical English, like specific jargon for describing invisible symptoms like pain, words to obtain medication like ‘prescription’ and ‘refill,’ and unique words like ‘referral.’ With this new perspective, I garnered a better understanding for the thousands of people in the United States who suffer miscommunications in health due to little to no understanding of English or English as a second language with a lack of technical medical vocabulary. In this way, this project intends to relieve this disparity for populations in the Eastern North Carolina community.

Background

About 9 out of 10 adults in the United States have difficulty using everyday health information available in healthcare facilities, media and communities (Baur, 2010, p. 3). Health literacy is influenced by age, socioeconomic status and cultural background, and impacts how people communicate, understand, and respond to health information (Baur, 2010, p. 5). There are three million migrant farm workers in the United States, however they represent one of the most economically disadvantaged populations (Facts, 2017, pg. 2). Migrant farm workers experience barriers to health services based on isolation, poverty, language barriers, immigration status, and low health literacy (Connor, Layne, & Thomisee, 2010, pg. 160-161). The National Center for Farmworker Health reports that 73% of agricultural workers are foreign born and 70% speak English less than ‘well’ (Facts, 2017, pg. 1). Low health literacy reportedly limits the use of preventive services and management of chronic conditions, and is also associated with misunderstanding prescription medication labels, increased preventable hospital visits, and mortality (Baur, 2010, p. 9). Moreover, the isolation associated with migration, in combination with the invisibility of farmworkers and geographic remoteness from healthcare and educational institutions, results in further poor health outcomes (Bail et al., 2012, pg. 1).

Context

This project is designed to address this disparity by campaigning for the health literacy of migrant farmworkers. North Carolina ranks sixth in the United States for the number of migrant farmworkers, with a greater density existing on the farms in Eastern North Carolina. About 94% of these farmworkers are native Spanish speakers (Facts NC, 2012). In coordination with the Association of Mexicans in North Carolina (AMEXCAN), I created a health literacy program to improve the health literacy of migrant farmworkers.

In order to best benefit the farmworkers, I created a brief survey to assess where gaps exist in their health literacy and better understand what they would want to learn in any programming efforts (see Appendices A and B). In this way, the data would be used to tailor the program to the needs and wants of the farmworkers, as well as determine their perceived barriers to health. The survey was distributed in Spanish at two farmworker camps, one in Tarboro, NC and the other in Wilson, NC. One of the more relevant findings was the response to a question asking the difficulty of completing paperwork on health history and personal information at the doctor's office. The results show that 56% thought this was a somewhat difficult or very difficult task, as opposed to very easy or somewhat easy. I found it important to incorporate this information into the program due to the obstruction to quality of care that inaccurate or incomplete personal and family history information generates.

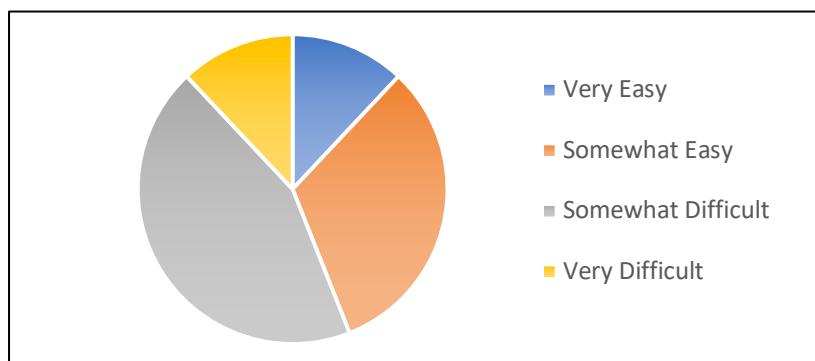


Figure 1. Difficulty Completing Paperwork on Health History & Personal Information

Another question asked about the topics farmworkers were interested in learning more about in any programming efforts. The most outstanding result was for learning to communicate about their health in English, however interest was spread throughout all categories including completing paperwork, reading medication bottles, communication about their health in Spanish, and learning medical terminology. These responses guided the building of a health literacy program for the migrant farmworkers.

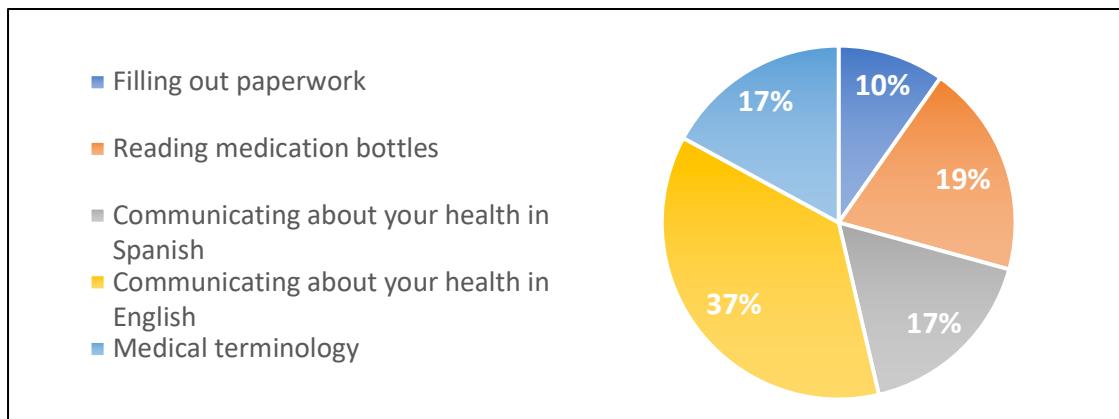


Figure 2. What do farmworkers want to learn more about?

To create a flexible and sustainable program for the farmworkers, this project developed a workbook to guide any efforts to improve the health literacy of farmworkers (see Appendix C). The lesson plans laid out in the workbook can be implemented into a weekly or monthly program, or supplemented with first-aid training or medical screenings for a longer workshop-like session. Significantly, it also provides a resource for the farmworkers to improve their experience when communicating with medical professionals. They will be encouraged to carry this tool with them when they visit a doctor. The components of the workbook are as follows: Making a Doctor's Appointment, Completing Health History Forms, At the Doctor's Office, Taking Medication, Nutrition and Diet, Illness Awareness and Prevention, Health Clinics for Farmworkers in NC, English-Spanish Dictionary: Basic Medical Terminology and Anatomy.

Each section includes various lessons and resources specific to the topic. For example, the section 'At the Doctor's Office' has questions patients can ask themselves regarding their symptoms in order to be clear and specific to the doctor, such as 'What were you doing when the symptom started?,' 'How long did the symptom last?,' and 'What makes the symptom worse?.' It also provides alternate charts and diagrams the farmworkers can use to describe invisible symptoms like pain when a Spanish translator or Spanish-speaking doctor cannot be present. Additionally, a Spanish-English glossary of terms specific to pain is included.

Funding from a \$1000 Phi Kappa Phi Literacy Grant was used for materials and resources for this project.

Future Directions

This workbook will be a resource for AMEXCAN to utilize in their health-related programming initiatives. Future interns with the organization, as well as Brody School of Medicine students, will implement the lessons during the appropriate season for the migrant farmworkers. A pre- and post- assessment of the health literacy of the farmworkers will be developed in order to measure the success of the program and make any necessary changes before further implementation. The workbook will also be professionally designed for aesthetic purposes (see Appendix D).

Conclusion

This project presented many learning opportunities as my first experience working with a nonprofit organization directed toward the improvement of a specific population in the community. It was necessary to learn their approach for reaching out the community prior to beginning my own efforts, and further understand how to adapt it towards a project in public health. In this process, I have further developed my interest in multidisciplinary collaboration to progress initiatives across the community. It is with a strong foundation in these basic methodologies that improvements in topics such as health literacy can be made.

References

- Bail, K. M., Foster, J., Dalmida, S. G., Kelly, U., Howett, M., Ferranti, E. P., & Wold, J. (2012). The Impact of Invisibility on the Health of Migrant Farmworkers in the Southeastern United States: A Case Study from Georgia. *Nursing Research and Practice*, 2012, 1-8. doi:10.1155/2012/760418
- Baur, C. (2010). National action plan to improve health literacy. Washington, DC: U.S. Dept. of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion.
- Connor, A., Layne, L., & Thomisee, K. (2010). Providing Care for Migrant Farm Worker Families in Their Unique Sociocultural Context and Environment. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(2), 159-166. doi:10.1177/1043659609357631
- Facts About Agricultural Workers. (2017, June). Retrieved September 6, 2017, from http://www.ncfh.org/uploads/3/8/6/8/38685499/facts_about_ag_workers_2017.pdf
- Facts About North Carolina Farmworkers. (2012, June 12). Retrieved September 06, 2017, from <http://www.ncfarmworkers.org/2012/06/facts-about-north-carolina-farmworkers/>
- Reyes-Velarde, M. A. (2012). *Everything You Need to Know about Transcultural Health Care: Understanding the Hispanic Culture*. BrainMass Incorporated.

Appendix A

Migrant Farmworker Brief Health Literacy Survey (Spanish)

Marca la letra que usted piensa que corresponde con su experiencia personal.

Cuando recibe información (verbal o escrita) de un médico, es:

- A. Muy fácil de entender
- B. Más o menos fácil de entender
- C. Un poco difícil de entender
- D. Muy difícil de entender

Cuando visita el médico y explica los síntomas que tiene, es:

- A. Muy fácil de comunicar
- B. Más o menos fácil de comunicar
- C. Un poco difícil de comunicar
- D. Muy difícil de comunicar

Cuando lee instrucciones en un frasco de medicina, es:

- A. Muy fácil de entender
- B. Más o menos fácil de entender
- C. Un poco difícil de entender
- D. Muy difícil de entender

Cuando llena los papeles sobre su historial médico e información personal, es:

- A. Muy fácil de completar
- B. Más o menos fácil de completar
- C. Un poco difícil de completar
- D. Muy difícil de completar

Cuando tiene preguntas para el médico sobre cómo manejar su salud, es:

- A. Muy fácil de comunicar
- B. Más o menos fácil de comunicar
- C. Un poco difícil de comunicar
- D. Muy difícil de comunicar

Por favor, marca todos los temas de los cuales le gustaría aprender más:

- A. Como llenar papeles en una oficina de un doctor
- B. Como leer los frascos de medicamentos
- C. Como comunicar sobre su salud en español
- D. Como comunicar sobre su salud en inglés
- E. Términos técnicos de medicina y salud

Appendix B

Migrant Farmworker Brief Health Literacy Survey (English)

Circle the letter you feel best answers the questions from your personal experience.

When you receive information (verbally or written) from a doctor, is it:

- E. Very easy to understand
- F. Somewhat easy to understand
- G. Somewhat difficult to understand
- H. Very difficult to understand

When you visit the doctor and explain the symptoms you have, is it:

- E. Very easy to communicate
- F. Somewhat easy to communicate
- G. Somewhat difficult to communicate
- H. Very difficult to communicate

When you read instructions on medication bottles is it:

- A. Very easy to understand
- B. Somewhat easy to understand
- C. Somewhat difficult to understand
- D. Very difficult to understand

When completing paperwork on health history and personal information is it:

- A. Very easy to complete
- B. Somewhat easy to complete
- C. Somewhat difficult to complete
- D. Very difficult to complete

When you have questions for the doctor about managing your health is it:

- A. Very easy to communicate
- B. Somewhat easy to communicate
- C. Somewhat difficult to communicate
- D. Very difficult to communicate

Please circle ALL topics you would like to know more about:

- F. Filling out paperwork
- G. Reading medication bottles
- H. Communicating about your health in Spanish
- I. Communicating about your health in English
- J. Medical terminology

Appendix C

Migrant Farmworker Health Literacy Workbook Content

Título: "Temas de Salud: Un Cuaderno Educativo"

Índice de Contenidos

- I. Hacer una Cita con el Médico
- II. Completar la Ficha Médica
- III. "En el Consultorio Médico"
 - A. Cómo Describir los Síntomas
 - B. Cómo Describir Dolor
 - C. Hacer Preguntas
- IV. Tomar Medicamentos
 - A. Leer Frascos de Medicamentos
 - B. Preguntas para Hacer Sobre los Medicamentos
- V. Nutrición
 - A. Comprender la Nutrición y la Dieta
 - B. Leer Datos de Nutrición
- VI. La Conciencia y Prevención de Enfermedades
 - A. Enfermedades Por Calor
 - B. Exposición a Pesticidas
 - C. Lesiones Musculares
- VII. Clínicas de Salud para Trabajadores del Campo en NC
- VIII. Diccionario Español-Inglés

Sources for Workbook Material

Original Work Adapted from Secondary Sources:

(pg 3-4) City College of San Francisco Teaching Resource Center, Literacy Education and Second Language Learning for Adults Resources

https://www.ccsf.edu/dam/Organizational_Assets/Department/TRC/LESLLA/teachers/health_lit/unit1_beg_lesson1.pdf

<https://www.ccsf.edu/en/about-city-college/administration/human-resources/professional-staff-development/teacher-resource-center/LESLLA/teachers.html>

(pg 20) National Center for the Study of Adult Learning and Literacy, Teaching & Training Materials

http://www.ncsall.net/fileadmin/resources/teach/DPS_Session2Lessons7-12.pdf

(pg 24) Agency for Healthcare Research and Quality, Patient Resources

<https://www.ahrq.gov/patients-consumers/patient-involvement/ask-your-doctor/questions-during-appointment.html>

(pg 27-28) Queens Library: Health Literacy Curriculum for ESOL Learners (Beginner Level)

https://m.queenslibrary.org/sites/default/files/health_literacy/PDF_teachers/Session_11-We.pdf

(pg 29) MedlinePlus Medical Encyclopedia

<https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000535.htm>

Original Work by Others:

(pg 8-19) MIT Medical General Forms & Documents for Patients

https://medical.mit.edu/sites/default/files/patienthealthhx_ES.pdf

https://medical.mit.edu/sites/default/files/patienthealthhx_EN.pdf

(pg 21) University of Washington Medical Center Health Online Resources

https://healthonline.washington.edu/document/health_online/pdf/Pain_Assessment_Scales_SP_9_10.pdf

(pg 22-23) International Medical Interpreters Association, Glossary Resources

http://www.imiaweb.org/uploads/docs/Pain_Description_Glossary_Spanish.pdf

(pg 26) Image: www.merckengage.com

(pg 31-33) USDA ChooseMyPlate.gov Resources

<https://choosemyplate-prod.azureedge.net/printable-materials>

(pg 34) Image: <https://www.esha.com/us-nutrition-facts-labels/>

(pg 36-41) OSHA Heat Illness Prevention Campaign Resources

<https://www.osha.gov/pls/publications/publication.athruz?pType=Industry&pID=571>

(pg 42-53) Occupational Health Clinics for Ontario Workers Inc., Farmworker Resources

http://www.ohcow.on.ca/edit/files/migrant_farm_worker/injuryprevention_comic_spanish.pdf

(pg 54-59) Wake Forest University School of Medicine, The PACE Project

<https://www.migrantclinician.org/files/resourcebox/elterror.pdf>

(pg 60) NC Farmworker Health Program

<https://www.ncfhp.org/wp-content/uploads/2016/09/FW-Providers-Map-2016.pdf>

(pg 62-71) California-Mexico Health Initiative, English-Spanish Dictionary of Health Related Terms

<http://www.cdpr.ca.gov/docs/dept/spanish/engspdict.pdf>

Hacer una Cita con el Médico

Page 1: ¿Por qué llamar al médico?

Razones comunes de llamar al médico:

➤ Fijar una cita	➤ Está enfermo y necesita ver el médico
➤ Confirmar una cita	➤ Hacer una pregunta sobre la cuenta
➤ Cambiar una cita	➤ Pedir una renovación de su receta
➤ Hacer una pregunta al médico	➤ Hacer una pregunta a la enfermera
➤ Pedir un volante médico	➤ Hablar de una emergencia

Repaso de Vocabulario

La Palabra	Significado	El Uso en un Frase
El Volante Médico 	El formulario de permiso para ver otro médico.	Necesito un volante médico para ver el médico.
La Factura 	Cantidad de pago por los servicios del médico.	Necesito pagar mi factura.
Receta 	Nota del médico para medicamentos.	Necesito una receta para mi dolor.
Renovación de receta 	Nota del médico para más del mismo medicamento.	No tengo más medicamento. Necesito una renovación de la receta.

Cosas que saber ANTES de llamar al consultorio

- ¿Por qué está llamando?
- ¿Cuáles son sus síntomas?
- ¿Quién es su doctor? (si procede)
- ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
- ¿Cuál es su disponibilidad para ir al médico?
- ¿Cuál es su número de seguro médico? (si procede)

Repaso de Frases Comunes

Frase	Significado	Uso
Fijar una cita.	Hacer una cita.	Paciente: Necesito fijar una cita para el lunes. Secretaria: ¿Qué le parece las 2 de la tarde? Paciente: Está bien. Gracias.
Confirmar una cita.	Determinar cuándo es su cita.	Paciente: Necesito confirmar mi cita. Secretaria: Su cita es a las 5 de la tarde el lunes.
Cambiar una cita.	Escoger una nueva hora o fecha para la cita.	Paciente: Necesito cambiar mi cita. Secretaria: ¿Cuándo quiere Ud. venir? Paciente: ¿Puedo venir la próxima semana? Secretaria: Está bien. Puede venir el próximo martes a las 10 de la mañana.
Pedir un volante médico.	Pedir un papel para poder ver otro médico.	Paciente: Necesito un volante médico para ver otro médico. Secretaria: ¿Cuál médico necesita ver? Paciente: Un especialista del corazón.
Pedir una renovación de la receta.	Pedir más del mismo medicamento.	Paciente: Necesito una renovación de la receta. Secretaria: ¿Qué medicamento está tomando? Paciente: Motrin.
Esperar a ser atendido en el teléfono.	Esperar en el teléfono hasta que alguien conteste.	“Por favor, espere, alguien lo atenderá pronto”.

Notas

Completar la Ficha Médica

¿Por qué son importantes las fichas médicas?

- Para que sus médicos sepan sus alergias.
- Para que sus médicos sepan mejor cómo mantener su salud.
- Para que sus médicos conozcan sus posibles riesgos de salud.

¿Por qué es la historia familiar importante?

- Para diagnosticar e identificar riesgos de problemas genéticos.
- Para tomar decisiones informadas sobre cuidado de salud preventivo (exploraciones médicas, educación del paciente)

Notas

Antecedentes de salud del paciente/Patient Health History

Nombre del paciente/Patient name: _____

N.º DE HISTORIA CLÍNICA/MRN: _____

FECHA DE NACIMIENTO/DOB: _____

Fecha/Date: _____

Razón de su consulta o ¿de qué quiere hablar hoy?/ Reason for Visit/What do you want to talk about: _____

1. ANTECEDENTES DEL PACIENTE/PATIENT HISTORY

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas?/ Have you ever, or do you now have any of the following?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia/anemia | <input type="checkbox"/> Problemas para comer/eating problems | <input type="checkbox"/> Melanoma maligno/melanoma |
| <input type="checkbox"/> Anorexia/anorexia | <input type="checkbox"/> Depresión/depression | <input type="checkbox"/> Problemas menstruales/menstrual problems |
| <input type="checkbox"/> Artritis/arthritis | <input type="checkbox"/> Diabetes/diabetes | <input type="checkbox"/> Migrañas/migraines |
| <input type="checkbox"/> Asma/asthma | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones/epilepsy or seizures | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual/sexually transmitted disease |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/cancer | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca/heart disease | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides/thyroid problems |
| <input type="checkbox"/> Varicela/chicken pox | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial o presión arterial baja/high/low blood pressure | <input type="checkbox"/> Otra, mencionela/other, please list: |

Mencione todas las hospitalizaciones que ha tenido (quirúrgicas, médicas, psiquiátricas) y el año /Please list all hospitalizations you have had (surgical, medical, psychiatric) and the year: _____

2. ANTECEDENTES FAMILIARES/FAMILY HISTORY

Marque todas las casillas que correspondan:/If yes, check all that apply:

Cáncer de seno/Breast Cancer no/no sí/yes padre/father madre/mother hermano/sibling otro pariente consanguíneo/other blood relative

Cáncer de colon/Colon Cancer no/no sí/yes padre/father madre/mother hermano/sibling otro pariente consanguíneo/other blood relative

Diabetes/ Diabetes no/no sí/yes padre/father madre/mother hermano/sibling otro pariente consanguíneo/other blood relative

Trastorno genético/Genetic Disorder no/no sí/yes padre/father madre/mother hermano/sibling otro pariente consanguíneo/other blood relative

Enfermedad cardíaca/Heart Disease no/no sí/yes padre/father madre/mother hermano/sibling otro pariente consanguíneo/other blood relative

Pase a la siguiente página/Go to Next Page

Antecedentes de salud del paciente, continuación/Patient Health History, cont'd

Nombre del paciente/Patient name: _____

N.º DE HISTORIA CLÍNICA/MRN: _____

FECHA DE NACIMIENTO/DOB: _____

Fecha/Date: _____

Hipertensión arterial/ no/no sí/yes padre/father madre/mother hermano/sibling otro pariente consanguíneo/ other blood relative
 High Blood Pressure

Alto nivel de colesterol/ no/no sí/yes padre/father madre/mother hermano/sibling otro pariente consanguíneo/ other blood relative
 High Cholesterol

Otro tipo de cáncer/ no/no sí/yes padre/father madre/mother hermano/sibling otro pariente consanguíneo/ other blood relative
 Other Cancer

3. EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD/HEALTH RISK ASSESSMENT

¿Bebe alcohol?/ Do you drink alcohol? no/no sí/yes

Si la respuesta es sí, especifique la cantidad de tragos por semana/ If yes,
 # of drinks per week: _____

¿Fuma o usa otros productos de tabaco?/Do you smoke or use other forms of tobacco? no/no sí/yes lo hacía antes /former

Si lo hacía antes, especifique la fecha en que dejó de hacerlo/ If former,
 quit date: _____

¿Ha usado alguna vez drogas recreativas o callejeras?/ Have you ever used recreational/street drugs? no/no sí/yes

¿Ha hecho alguna vez mal uso de medicamentos recetados?/ Have you ever misused prescribed drugs? no/no sí/yes

¿Hace ejercicio en forma regular?/ Do you exercise regularly? no/no sí/yes

¿Está satisfecho con sus hábitos alimenticios?/ Are you satisfied with your eating habits? no/no sí/yes

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia tenía poco interés en realizar alguna actividad o disfrutar de ella?
 Seleccione una respuesta./ Over the past two weeks, how often have you had little interest or pleasure in doing things?
 Select one response.

<input type="checkbox"/> en ningún momento/not at all	<input type="checkbox"/> algunos días/several days	<input type="checkbox"/> más de la mitad de los días/more than half of the days	<input type="checkbox"/> casi todos los días/nearly every day
---	--	---	---

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se sintió triste, deprimido o desalentado? Seleccione una respuesta./ Over the past two weeks, how often have you been down, depressed, or hopeless? Select one response.

<input type="checkbox"/> en ningún momento/not at all	<input type="checkbox"/> algunos días/several days	<input type="checkbox"/> más de la mitad de los días/more than half of the days	<input type="checkbox"/> casi todos los días/nearly every day
---	--	---	---

Antecedentes de salud del paciente, continuación/Patient Health History, cont'd

Nombre del paciente/Patient name: _____

N.º DE HISTORIA CLÍNICA/MRN: _____

FECHA DE NACIMIENTO/DOB: _____

Fecha/Date: _____

¿Hay otro problema importante que afecte a la familia o la pareja?/ Are there any significant issues affecting family/significant others?

no/no sí/yes

Si la respuesta es sí, explique/ If yes, please explain:

¿Hay que tener alguna consideración cultural o religiosa con respecto a su atención?/ Are there any religious/cultural considerations regarding your care?

no/no sí/yes

Si la respuesta es sí, explique/ If yes, please explain:

¿Tiene alguna pregunta sobre enfermedades de transmisión sexual?/ Do you have any questions about sexually transmitted diseases?

no/no sí/yes

¿Le gustaría que le hicieran exámenes para saber si tiene alguna enfermedad de transmisión sexual?/ Would you like to be tested for sexually transmitted diseases?

no/no sí/yes

¿Está experimentando algo en el recinto o en su casa que lo haga sentir inseguro?/ Are you having any experiences on campus and/or at home that make you feel unsafe?

no/no sí/yes

4. ALERGIAS Y VACUNAS/ALLERGIES and IMMUNIZATIONS

Complete la sección 4 A a B, **a menos que** tenga una cuenta de Vigila mi salud (FMH, por sus siglas en inglés) * y haya revisado y verificado la veracidad de la información en la cuenta. / Please complete section 4 A-B **unless** you have a Follow My Health account and you have reviewed and verified the accuracy of the information in your account.

Para obtener más información sobre Vigila mi salud (FMH), visite el sitio web: medical.mit.edu/fmh

For more information on Follow My Health, please visit medical.mit.edu/fmh

A. Alergias/Allergies

¿Tiene alguna alergia a medicamentos?/ Do you have any allergies to medications?

no/no sí/yes

Si la respuesta es sí, mencione los medicamentos y su reacción/ If yes, please list medication(s) and reaction: _____

B. Vacunas/Immunizations

*Lleve cualquier información que posea de sus vacunas a la cita/ Please bring any immunization information with you to your appointment.

C. Medicamentos/Medications

*Lleve cualquier información que posea de sus vacunas a la cita/ Please bring any immunization information with you to your appointment.

5. EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE APRENDIZAJE/LEARNING NEEDS ASSESSMENT

¿Tiene alguno de los siguientes?/Do you have any of the following:

Problemas de aprendizaje/Learning disabilities? no/no sí/yes

Limitaciones de la vista/Visual limitations? no/no sí/yes

Limitaciones de la audición/Hearing limitations? no/no sí/yes

Si la respuesta es sí, explique/If yes, please explain: _____

Pase a la siguiente página/Go to Next Page

Antecedentes de salud del paciente, continuación/Patient Health History, cont'd

Nombre del paciente/Patient name: _____

N.º DE HISTORIA CLÍNICA/MRN: _____

FECHA DE NACIMIENTO/DOB: _____

Fecha/Date: _____

6. CONTROL DE SISTEMAS/REVIEW OF SYSTEMS

¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas?/ Are you currently experiencing any of the following....?

a. General/General

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fatiga/
Fatigue | <input type="checkbox"/> Insomnio/Trouble
sleeping | <input type="checkbox"/> Cambios de
peso/Weight
changes | <input type="checkbox"/> Debilidad/
Weakness | <input type="checkbox"/> Fiebre/
Fever |
|---|---|---|---|---|

Dolor, en una escala del 0 al 10 (0= sin dolor, 10= máximo dolor)/Pain, rated on a scale from 0 - 10 (0 = no pain, 10 = worst pain): _____

b. Evaluación functional/Functional assessment

¿Su salud se ve limitada a alguna de las siguientes actividades?/Is your health limited in any of the following activities:

Trabajo/Work?	<input type="checkbox"/> no/no	<input type="checkbox"/> sí/yes	Ejercicio moderado/ Moderate exercise	<input type="checkbox"/> no/no	<input type="checkbox"/> sí/yes
---------------	--------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------	---------------------------------

Tareas diarias/Daily chores?	<input type="checkbox"/> no/no	<input type="checkbox"/> sí/yes	Ejercicio intenso/ Vigorous exercise?	<input type="checkbox"/> no/no	<input type="checkbox"/> sí/yes
------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------	---------------------------------

En caso de una respuesta afirmativa, explique a continuación/If yes, please explain: _____

c. Piel/Skin

- | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sarpullidos/
Rashes | <input type="checkbox"/> Picazón/Itching | <input type="checkbox"/> Cambio de
color/Color
changes | <input type="checkbox"/> Hinchazón/
Lumps | <input type="checkbox"/> Sequedad/
Dryness | <input type="checkbox"/> Cambios en el
pelo y las uñas/
Hair and nail
changes |
|---|--|--|--|---|--|

d. Cabeza/Head

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/
Headache | <input type="checkbox"/> Lesión en la
cabeza/Head
injury |
|---|--|

e. Oídos/Ears

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de oído/
Earache | <input type="checkbox"/> Tinnitus/Tinnitus | <input type="checkbox"/> Secreción
externa/
Drainage | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición/ Decreased
hearing |
|--|--|--|---|

f. Ojos/Eyes

- | | | | | |
|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Visión/Vision | <input type="checkbox"/> Luces
parpadeantes/
Flashing lights | <input type="checkbox"/> Cataratas/
Cataracts | <input type="checkbox"/> Anteojos/Lentes de
contacto/ Glasses/contacts | <input type="checkbox"/> Visión borrosa o
doble/Blurry or
double vision |
| <input type="checkbox"/> Dolor/Pain | <input type="checkbox"/> Manchas/
Specks | <input type="checkbox"/> Enrojecimiento/
Redness | <input type="checkbox"/> Glaucoma/
Glaucoma | <input type="checkbox"/> Último examen de la
vista/Last eye
exam: _____ |

Antecedentes de salud del paciente, continuación/Patient Health History, cont'd

Nombre del paciente/Patient name: _____

N.º DE HISTORIA CLÍNICA/MRN: _____

FECHA DE NACIMIENTO/DOB: _____

Fecha/Date: _____

g. Nariz/Nose

- | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Picazón/
Itching | <input type="checkbox"/> Sangrado/
Nosebleeds | <input type="checkbox"/> Congestión/
Stuffiness | <input type="checkbox"/> Secreción/
Discharge | <input type="checkbox"/> Fiebre del
heno/ Hay
fever | <input type="checkbox"/> Dolor
sinusal/Sinus
pain |
|--|--|--|--|---|---|

h. Garganta/Boca/ Throat/Mouth

- | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dientes/
Teeth | <input type="checkbox"/> Dolor de
lengua/Sore
tongue | <input type="checkbox"/> Aftas/Thrush | <input type="checkbox"/> Encías/Gums | <input type="checkbox"/> Boca seca/
Dry mouth | <input type="checkbox"/> Llagas que no
sanan/Non-
healing sores |
| <input type="checkbox"/> Sangrado/
Bleeding | <input type="checkbox"/> Dolor de
garganta/Sore
throat | <input type="checkbox"/> Prótesis/
Dentures | <input type="checkbox"/> Ronquera/
Hoarseness | <input type="checkbox"/> Último examen dental/
Last dental exam: _____ | |

i. Cuello/Neck

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hinchazón/
Lumps | <input type="checkbox"/> Dolor/Pain | <input type="checkbox"/> Glándulas
inflamadas/
Swollen glands | <input type="checkbox"/> Rigidez/
Stiffness |
|--|-------------------------------------|---|--|

j. Pecho/Breasts

- | | | | |
|--|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hinchazón/
Lumps | <input type="checkbox"/> Secreción/
Discharge | <input type="checkbox"/> Amamantamiento/
Breastfeeding | <input type="checkbox"/> Dolor/Pain |
|--|--|---|-------------------------------------|

k. Respiración/Respiratory

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tos/Cough | <input type="checkbox"/> Tose sangre/ Coughing up
blood | <input type="checkbox"/> Sibilancias/ Wheezing |
| <input type="checkbox"/> Moco/Mucus | <input type="checkbox"/> Falta de aliento/Shortness of
breath | <input type="checkbox"/> Dolor al respirar/ Painful
breathing |

l. Cardiovascular/Cardiovascular

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor o molestia en el
pecho/ Chest pain or
discomfort | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar boca
abajo/ Difficulty breathing
lying down | <input type="checkbox"/> Presión/
Tightness | <input type="checkbox"/> Palpitaciones/
Palpitations |
| <input type="checkbox"/> Se despierta
repentinamente y con
falta de aliento/ Sudden
awakening from sleep
with shortness of breath | <input type="checkbox"/> Falta de aliento al hacer
alguna actividad/ Shortness
of breath with activity | <input type="checkbox"/> Hinchaón/ Swelling | |

Antecedentes de salud del paciente, continuación/Patient Health History, cont'd

Nombre del paciente/Patient name: _____

N.º DE HISTORIA CLÍNICA/MRN: _____

FECHA DE NACIMIENTO/DOB: _____

Fecha/Date: _____

m. Gastrointestinal/Gastrointestinal

- | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diarrea/
Diarrhea | <input type="checkbox"/> Constipación/
Constipation | <input type="checkbox"/> Cambios en el
apetito/ Change in
appetite | <input type="checkbox"/> Náuseas/
Nausea | <input type="checkbox"/> Coloración
amarilla en
piel u ojos
(Ictericia)/
Yellow eyes
or skin
(jaundice) | <input type="checkbox"/> Cambios en los
hábitos
intestinales/
Change in bowel
habits |
| <input type="checkbox"/> Acidez/
Heartburn | <input type="checkbox"/> Sangrado
rectal/Rectal
bleeding | <input type="checkbox"/> Problemas para tragar/
Swallowing difficulties | | | |

n. Orinario/Urinary

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mayor frecuencia/ Increased
frequency | <input type="checkbox"/> Pérdida de control de la orina/
Loss of control of urine | <input type="checkbox"/> Cambio en la fuerza al
orinar/Change in urinary strength |
| <input type="checkbox"/> Urgencia/ Urgency | <input type="checkbox"/> Ardor o dolor/ Burning or pain | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina (hematuria)/Blood
in urine (hematuria) |

o. Genitales/Genital

Masculino/Male

- | | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hernia/
Hernia | <input type="checkbox"/> Dolor al tener
relaciones/
Pain with sex | <input type="checkbox"/> Hinchazón/
Genital sores | <input type="checkbox"/> Secreción del pene/Penile
discharge | <input type="checkbox"/> Disfunción
eréctil/Erectile
dysfunction |
| <input type="checkbox"/> ETS/STD's:
<hr/> | | <input type="checkbox"/> Masas escrotales o
dolor/ Scrotal masses or
pain | | |

Femenino/Female

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor al
tener
relaciones/
Pain with
sex | <input type="checkbox"/> Sofocos/Hot
flashes | <input type="checkbox"/> Sarpullidos o
picazón
vaginal/Vaginal
itching or rash | <input type="checkbox"/> Sequedad vaginal/ Vaginal
dryness | <input type="checkbox"/> Secreción vaginal/
Vaginal discharge |
| <input type="checkbox"/> ETS/STD's:
<hr/> | | <input type="checkbox"/> Último período/Last menstrual period:
<hr/> | | |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón/Genital
sores | | | | |

p. Vascular/Vascular

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor en pantorrilla al
caminar/Calf pain with walking | <input type="checkbox"/> Calambres en la
pierna/Leg
cramping |
|--|--|

q. Musculoesquelético/Musculoskeletal

- | | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor en la
espalda/
Back pain | <input type="checkbox"/> Rigidez/
Stiffness | <input type="checkbox"/> Hinchazón de
articulaciones/
Swelling of joints | <input type="checkbox"/> Traumatismo
/Trauma | <input type="checkbox"/> Enrojecimiento
de
articulaciones/
Redness of
joints | <input type="checkbox"/> Dolor
muscular o en
articulaciones/
Muscle or joint
pain |
|---|--|--|---|--|---|

Antecedentes de salud del paciente, continuación/Patient Health History, cont'd

Nombre del paciente/Patient name: _____

N.º DE HISTORIA CLÍNICA/MRN: _____

FECHA DE NACIMIENTO/DOB: _____

Fecha/Date: _____

r. Neurológico/Neurologic

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mareos/
Dizziness | <input type="checkbox"/> Debilidad/
Weakness | <input type="checkbox"/> Adormecimiento/
Numbness | <input type="checkbox"/> Temblores/
Tremor | <input type="checkbox"/> Convulsiones/
Seizures |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo/
Tingling | <input type="checkbox"/> Desmayos/
Fainting | | | |

s. Hematológico/Hematologic

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fácil aparición de
moretones/Ease of bruising | <input type="checkbox"/> Aparición de sangrados/Ease of bleeding |
|---|--|

t. Endócrino/Endocrine

- | | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor o al frío/Heat
or cold intolerance | <input type="checkbox"/> Orina
frecuentemente/
Frequent urination | <input type="checkbox"/> Sudoración/
Sweating | <input type="checkbox"/> Sed/
Thirst | <input type="checkbox"/> Cambios en el
apetito/Change in
appetite |
|--|---|--|---|---|

u. Psiquiátrico/Psychiatric

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Estrés/Stress | <input type="checkbox"/> Pérdida de la
memoria/
Memory loss | <input type="checkbox"/> Nerviosismo/
Nervousness | <input type="checkbox"/> Depresión/Depression |
|--|---|--|---|

La salud y el bienestar de todos en la comunidad MIT es importante para nosotros en MIT Medical. Le recomendamos lo siguiente/ The health and wellness of everyone in the MIT community is important to us at MIT Medical. We recommend the following:

- Use condón durante la actividad sexual para disminuir el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y tener un embarazo no deseado./ Condom use during sexual activity to reduce the risk of STDs and unintended pregnancy
- Use los cinturones de seguridad del automóvil para disminuir el riesgo de lesionarse o morir, según lo indican las leyes de Massachusetts./ Use of automobile safety belts to reduce the risk of injury or death, which is the law in Massachusetts
- Use casco cuando ande en bicicleta, patines, patineta, etc., para disminuir el riesgo de lesionarse./ Use of helmets while bicycling, rollerblading, skate boarding, etc. to reduce the risk of injury
- Coloque detectores de humo en su casa, para disminuir el riesgo de resultar lesionado o dañado producto de un incendio./ Home smoke detectors to reduce the risk of injury or damage from a fire
- Cuando se exponga al sol, use bloqueador solar con factor de protección solar de 15 o más para usted y sus hijos./ Use of sunscreen SPF 15 or higher for you and your children when in the outdoor sun

Nombre del paciente (IMPRENTA)/Patient Name (PRINT): _____

FECHA DE NACIMIENTO/DOB: _____

Firma del paciente/Patient Signature: _____

Fecha/Date: _____

Firma del proveedor/Provider Signature: _____

Fecha/Date: _____

Patient name: _____

MRN: _____

DOB: _____

Date: _____

Reason for Visit/What do you want to talk about: _____

_____**1. PATIENT HISTORY**

Have you ever, or do you now have any of the following?

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> eating problems | <input type="checkbox"/> melanoma |
| <input type="checkbox"/> anorexia | <input type="checkbox"/> depression | <input type="checkbox"/> menstrual problems |
| <input type="checkbox"/> arthritis | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> migraines |
| <input type="checkbox"/> asthma | <input type="checkbox"/> epilepsy or seizures | <input type="checkbox"/> sexually transmitted disease |
| <input type="checkbox"/> cancer | <input type="checkbox"/> heart disease | <input type="checkbox"/> thyroid problems |
| <input type="checkbox"/> chicken pox | <input type="checkbox"/> high/low blood pressure | <input type="checkbox"/> other, please list: _____ |

Please list all hospitalizations you have had (surgical, medical, psychiatric) and the year: _____

_____**2. FAMILY HISTORY** If yes, check all that apply:

Breast Cancer	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> father	<input type="checkbox"/> mother	<input type="checkbox"/> sibling	<input type="checkbox"/> other blood relative
Colon Cancer	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> father	<input type="checkbox"/> mother	<input type="checkbox"/> sibling	<input type="checkbox"/> other blood relative
Diabetes	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> father	<input type="checkbox"/> mother	<input type="checkbox"/> sibling	<input type="checkbox"/> other blood relative
Genetic Disorder	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> father	<input type="checkbox"/> mother	<input type="checkbox"/> sibling	<input type="checkbox"/> other blood relative
Heart Disease	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> father	<input type="checkbox"/> mother	<input type="checkbox"/> sibling	<input type="checkbox"/> other blood relative
High Blood Pressure	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> father	<input type="checkbox"/> mother	<input type="checkbox"/> sibling	<input type="checkbox"/> other blood relative
High Cholesterol	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> father	<input type="checkbox"/> mother	<input type="checkbox"/> sibling	<input type="checkbox"/> other blood relative
Other Cancer	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> father	<input type="checkbox"/> mother	<input type="checkbox"/> sibling	<input type="checkbox"/> other blood relative

3. HEALTH RISK ASSESSMENTDo you drink alcohol? no yes

If yes, # of drinks per week: _____

Do you smoke or use other forms of tobacco? no yes former

If former, quit date: _____

Have you ever used recreational/street drugs? no yesHave you ever misused prescribed drugs? no yesDo you exercise regularly? no yesAre you satisfied with your eating habits? no yes

Over the past two weeks, how often have you had little interest or pleasure in doing things? Select one response.

 not at all several days more than half of the days nearly every day

Over the past two weeks, how often have you been down, depressed, or hopeless? Select one response.

 not at all several days more than half of the days nearly every day

Patient name: _____
 MRN: _____
 DOB: _____
 Date: _____

Are there any significant issues affecting family/significant others? no yes

If yes, please explain: _____

Are there any religious/cultural considerations regarding your care? no yes

If yes, please explain: _____

Do you have any questions about sexually transmitted diseases? no yes

Would you like to be tested for sexually transmitted diseases? no yes

Are you having any experiences on campus and/or at home that make you feel unsafe? no yes

4. ALLERGIES and IMMUNIZATIONS

Please complete section 4 A-B **unless** you have a Follow My Health account and you have reviewed and verified the accuracy of the information in your account.

For more information on Follow My Health, please visit medical.mit.edu/fmh

A. Allergies

Do you have any allergies to medications? no yes

If yes, please list medication(s) and reaction:

B. Immunizations

*Please bring any immunization information with you to your appointment.

C. Medications

*Please bring any medication information with you to your appointment.

5. LEARNING NEEDS ASSESSMENT

Do you have any of the following:

Learning disabilities? no yes

Visual limitations? no yes

Hearing limitations? no yes

If yes, please explain:

Patient Health History, cont'd

Patient name: _____
 MRN: _____
 DOB: _____
 Date: _____

6. REVIEW OF SYSTEMS

Are you currently experiencing any of the following....?

a. General

Fatigue Trouble sleeping Weight changes Weakness Fever

Pain, rated on a scale from 0 - 10 (0 = no pain, 10 = worst pain): _____

b. Functional assessment

Is your health limited in any of the following activities:

Work?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	Moderate exercise?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
Daily chores?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	Vigorous exercise?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes

If yes, please explain: _____

c. Skin

<input type="checkbox"/> Rashes	<input type="checkbox"/> Itching	<input type="checkbox"/> Color changes	<input type="checkbox"/> Lumps	<input type="checkbox"/> Dryness	<input type="checkbox"/> Hair and nail changes
---------------------------------	----------------------------------	--	--------------------------------	----------------------------------	--

d. Head

<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Head injury
-----------------------------------	--------------------------------------

e. Ears

<input type="checkbox"/> Earache	<input type="checkbox"/> Tinnitus	<input type="checkbox"/> Drainage	<input type="checkbox"/> Decreased hearing
----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--

f. Eyes

<input type="checkbox"/> Vision	<input type="checkbox"/> Flashing lights	<input type="checkbox"/> Cataracts	<input type="checkbox"/> Glasses/contacts	<input type="checkbox"/> Blurry or double vision
<input type="checkbox"/> Pain	<input type="checkbox"/> Specks	<input type="checkbox"/> Redness	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Last eye exam: _____

g. Nose

<input type="checkbox"/> Itching	<input type="checkbox"/> Nosebleeds	<input type="checkbox"/> Stuffiness	<input type="checkbox"/> Discharge	<input type="checkbox"/> Hay fever	<input type="checkbox"/> Sinus pain
----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

h. Throat/ Mouth

<input type="checkbox"/> Teeth	<input type="checkbox"/> Sore tongue	<input type="checkbox"/> Thrush	<input type="checkbox"/> Gums	<input type="checkbox"/> Dry mouth	<input type="checkbox"/> Non-healing sores
<input type="checkbox"/> Bleeding	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Dentures	<input type="checkbox"/> Hoarseness	<input type="checkbox"/> Last dental exam: _____	

i. Neck

<input type="checkbox"/> Lumps	<input type="checkbox"/> Pain	<input type="checkbox"/> Swollen glands	<input type="checkbox"/> Stiffness
--------------------------------	-------------------------------	---	------------------------------------

j. Breasts

<input type="checkbox"/> Lumps	<input type="checkbox"/> Discharge	<input type="checkbox"/> Breastfeeding	<input type="checkbox"/> Pain
--------------------------------	------------------------------------	--	-------------------------------

k. Respiratory

<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Coughing up blood	<input type="checkbox"/> Wheezing
<input type="checkbox"/> Mucus	<input type="checkbox"/> Shortness of breath	<input type="checkbox"/> Painful breathing

l. Cardiovascular

<input type="checkbox"/> Chest pain or discomfort	<input type="checkbox"/> Difficulty breathing lying down	<input type="checkbox"/> Tightness	<input type="checkbox"/> Palpitations
<input type="checkbox"/> Sudden awakening from sleep with shortness of breath	<input type="checkbox"/> Shortness of breath with activity	<input type="checkbox"/> Swelling	

Patient Health History, cont'd

Patient name: _____
 MRN: _____
 DOB: _____
 Date: _____

m. Gastrointestinal

- Diarrhea Constipation Change in appetite Nausea
 Heartburn Rectal bleeding Swallowing difficulties

- Yellow eyes Change in bowel habits or skin (jaundice)

n. Urinary

- Increased frequency Loss of control of urine
 Urgency Burning or pain

- Change in urinary strength
 Blood in urine (hematuria)

o. Genital

Male

- Hernia Pain with sex Genital sores Penile discharge Erectile dysfunction
 STD's: _____ Scrotal masses or pain

Female

- Pain with sex Hot flashes Vaginal itching or rash Vaginal dryness Vaginal discharge
 STD's: _____ Last menstrual period: _____ Genital sores

p. Vascular

- Calf pain with walking Leg cramping

q. Musculoskeletal

- Back pain Stiffness Swelling of joints Trauma Redness of joints Muscle or joint pain

r. Neurologic

- Dizziness Weakness Numbness Tremor Seizures Tingling Fainting

s. Hematologic

- Ease of bruising Ease of bleeding

t. Endocrine

- Heat or cold intolerance Frequent urination Sweating Thirst Change in appetite

u. Psychiatric

- Stress Memory loss Nervousness Depression

The health and wellness of everyone in the MIT community is important to us at MIT Medical. We recommend the following:

- Condom use during sexual activity to reduce the risk of STDs and unintended pregnancy
- Use of automobile safety belts to reduce the risk of injury or death, which is the law in Massachusetts
- Use of helmets while bicycling, rollerblading, skate boarding, etc. to reduce the risk of injury
- Home smoke detectors to reduce the risk of injury or damage from a fire
- Use of sunscreen SPF 15 or higher for you and your children when in the outdoor sun

Patient Name (PRINT): _____

DOB: _____

Patient Signature: _____

Date: _____

Provider Signature: _____

Date: _____

En el Consultorio Médico

Describir sus Síntomas

Es útil pensar en lo que va a decir al médico antes de ir al consultorio. Aquí hay algunas preguntas que puede preguntarse a sí mismo. Sus respuestas pueden ayudarle ser claro y específico cuando hable con su médico sobre sus síntomas.

- ¿Cuál es el síntoma? (¿Es dolor? ¿Un sarpullido? ¿Está agotado?)
- ¿Cuándo se dio cuenta del síntoma? (¿Cuándo comenzó el síntoma?)
- ¿Qué estaba haciendo cuando el síntoma comenzó?
- ¿Ocurre el síntoma todo el tiempo (constante) o solo a veces? ¿Cuándo ocurre el síntoma (ej., solo por la noche, cuando se está moviendo)? ¿Qué hace que el síntoma empeore?
- ¿Cuánto tiempo dura el síntoma (ej., unos segundos, una hora)? ¿Por cuánto tiempo lo ha tenido (ej., una semana, un mes)?
- ¿El síntoma le hace difícil hacer sus actividades diarias (ej, comer, dormir, y trabajar)? ¿De qué manera?
- ¿Hace algo para tratar de sentirse mejor? (¿Toma algún medicamento? ¿Descansa?).

Aquí hay algunos ejemplos sobre cómo describir síntomas:

“Doctor, tengo un sarpullido rojo en el estómago. Lo vi después de la cena hace dos noches. No ha desaparecido.”

“Doctor, tengo un dolor punzante en la parte baja de la espalda. Estaba levantando cajas pesadas en mi trabajo hace unas semanas cuando sentí el dolor la primera vez. Tomo aspirina y el dolor se quita por poco tiempo. El dolor es cada vez peor.”

“Doctor, tengo un lunar en mi brazo izquierdo. El lunar era pequeño, pero creo que ahora parece más grande y oscuro. Trabajo afuera y a veces uso protector solar, pero lo olvido a menudo.”

“Doctor, tengo escalofríos y me siento muy débil, especialmente por la tarde, antes de cenar.”

Evite Decir: “Doctor, no siento muy bien. ¿Qué me ha pasado?”

Describir Dolor

Escalas para ayudarle a describir el dolor:

Escoja el número del 0 al 10 que mejor describa el dolor que usted siente:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										El peor dolor

O: Escoja la palabra que mejor describa su dolor:

Sin dolor	Suave	Moderado	Severo
-----------	-------	----------	--------

O: Escoja la cara que mejor exprese como se siente:

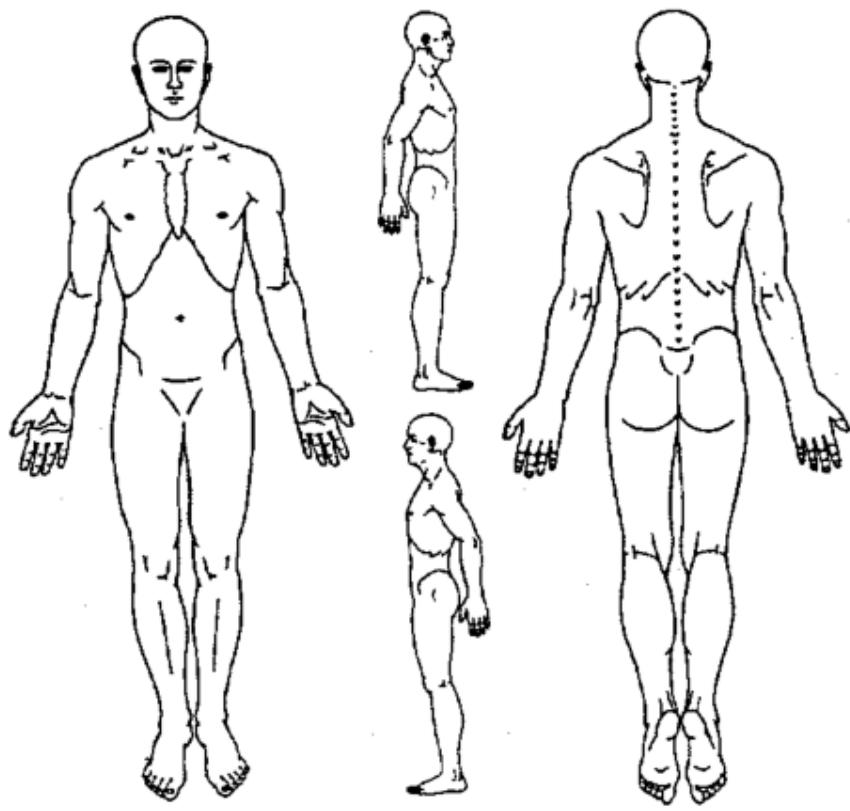
0 Sin dolor	1 Duele un poquito	2 Duele un poco más	3 Duele aún más	4 Duele mucho	5 Duele de lo peor
----------------	-----------------------	------------------------	--------------------	------------------	-----------------------

Face scale from Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winkelstein ML, Schwartz P: Wong's Essentials of Pediatric Nursing, 6/e, St. Louis, 2001, P. 1301. Copyright by Mosby, Inc. Reprinted with permission.

© University of Washington Medical Center Rev. 03/2010 Reprints on Health Online: <http://healthonline.uwashington.edu>

En el diagrama abajo, marque dónde siente dolor ahora. Use las letras abajo para indicar de qué tipo y la ubicación de dolor(es).

A – Achaques/Doloroso B – Ardiente/Quemante N – Entumecido/Dormido
P – Hormigueo S – Punzante/Lancinante O - Otro



Terminología para ayudarle a describir síntomas de dolor:

ENGLISH > SPANISH

Abrupt	Repentino
Aches and pains	Achaques
Aching	Doloroso, adolorido, sordo
Acute	Agudo, intenso
Agonizing	Atroz
Annoying	Molesto
Bad	Intenso, fuerte
Beating	Palpitante, que late, latiente
Blinding	Enceguecedor, cegante
Boring, penetrating	Penetrante, perforante, taladrante, terebrante
Brittle	Quebradizo
Burning	Ardiente, como una quemadura, ardor, quemante
Chronic	Crónico
Circumscribed	Localizado
Clammy	Húmedo
Colicky	Como cólicos
Constant	Constante
Constricting	Apretado, como una opresión, constrictivo
Continuous	Continuo
Cramping	Calambre, contracción dolorosa de un músculo, retorción; cólico (menstrual), acalambrante
Crushing	Aplastante, triturante, opresivo
Cutting	Cortante
Darting	Como una punzada, fulgurante, dolor vivo y repentino, lacinante
Deep	Profundo, hondo
Diffuse	General, difundido, que se difunde
Distressing	Angustiante
Drilling	Taladrante, terebrante
Dull	Sordo, leve
Electric	Eléctrico
Excruciating, unbearable -	Insoportable, "no aguento", agudísimo, atroz
Explosive	Fulminante
Exhausting	Extenuante
Fixed	Fijo
Flashing	Relampagueante, destellos de luz, fulgurante
Flickering	Parpadeante, fluctuante
Gas	Gas, con mucho aire
Generalized	General, difundido, que se difunde
Gnawing	Persistente, lacerante, carcomiente, corrosivo
Gradual	Gradual
Gripping	Insistente, lo único que piensa es en el dolor
Growing pains	Dolor producido por el crecimiento
Heartburn	Acidez, agruras, agreras (Colombia)
Horrible	Horrible
Hurting	Adolorido, doloroso (to be painful)
Indigestion	Indigestión, llenura, pesadez, empacho (Mexico)
Intense	Intenso, agudo
Intermittent	Intermitente, va y viene
Jumping	Brincador
Knot-like	Como un nudo
Localized	Localizado, un lugar concreto
Moderate, mild	Moderado
Nagging	Machacante, molestia continua, persistente
Needle-like	Como agujas
Neuralgia	Como una neuralgía
Neuralgic	Neurálgico
Numb	Entumecido, dormido
Menstrual pain, dysmenorrhea	Dismenorrea
Piercing	Perforante, traspasante
Pinching	Pellizcante

Pins and needles, tingling	Hormigueo
Pounding	Palpitante, que late, latiente, golpeante, pulsátil
Pulsing	Pulsante
Pressure, pressing	Presión, apremiante
Prickly, prickling, itchy	Picar/que pica, punzante, picante
Pulsing	Pulsante
Queasy	Mareado, intranquilo
Quivering	Tremulante, pulsátil
Radiating	Que se extiende, que corre, que se irradia, que se expande, radiante
Referred	Dolor que origina en una parte pero que se siente en otra/que responde en otra; referido
Remittent	Recurrente
Scratchy	Áspero
Searing	Que quema, quemante, cauterizante
Severe	Severo, grave, fuerte
Sharp	Agudo, fuerte, intenso
Shifting	Que se mueve, que cambia de lugar
Shock-like	Como un choque eléctrico o un corrientazo, relámpago, como un rayo
Shooting	Fulgorante, disparante
Sore, tender	Sensible, adolorido
Spasmodic	Espasmódico
Splitting	Fragmentación, que me parte, rajante
Squeezing	Como una opresión, apretado, constrictivo, opresivo, estrujante
Stabbing, knife like	Como una puñalada, punzante, perforando, lacinante, apunalante
Steady	Constante
Sticking	Que pincha, punzante; que pica; chuzar (in Colombia); espesar (in Puerto Rico)
Stiffness	Tieso, rígido
Stinging	Que quema, pica, escozor
Suffocating	Sofocante, asfixiante
Tender	Sensible, adolorido
Tearing	Desgarrante, lacerante
Throbbing	Palpitante, que late, latiente, como una punzada, pulsatile
Tight	Apretado, ajustado, opresión, apretante.
Tingling	Comstrictivo
Twinge	Hormigueo
Twisting	Punzadita
Twitch	Torcedura
Unbearable	I
Uncomfortable, discomforting	nsopportable
Vague discomfort	Incómodo
Wandering	Molestia incómoda, imprecisa
Warm	Errático
	Tibio

Español > Inglés

Acalambrante	Cramping
Achaques	Aches and pains
Acidez, agruras, agrieras (Colombia)	Heartburn
Adolorido, doloroso (to be painful); herido (to be injured)	Hurting
Agudo, fuerte, agudísimo	Acute, sharp, intense, excruciating
Angustiante	Distressing
Aplastante, triturante	Crushing
Apremiante	Pressing
Apretado, ajustado, como una opresión, apretante	Tight, Constricting
Apunalante	Stabbing
Ardiente, como una quemadura, ardor, quemante	Burning
Asfixiante	Suffocating
Áspero	Scratchy
Atroz	Unbearable, agonizing
Brincador	Jumping
Carcomiente	Gnawing
Como agujas	Needle-like
Como cólicos	Colicky
Como un calambre, contracción dolorosa de un músculo, retorcijón; cólico (menstrual)	Cramping
Como un nudo	Knot-like
Como un choque eléctrico o un corrientazo, relámpago, como un rayo	Shock-like
Como una neurálgia	Neuralgia
Como una opresión, apretado, estrujante -	Squeezing
Como una punzada, fulgurante, dolor vivo y repentino -	Darting
Como una puñalada, punzante, perforando -	Stabbing, knife like
Como una puñalada, punzante, perforante, traspasante -	Piercing
Como un pellizco, pellizcante	Pinching
Constante	Constant, Steady
Constrictivo	Constrictive, squeezing
Contínuo	Continuous
Corrosivo	Gnawing
Cortante	Cutting
Crónico	Chronic
Desgarrante	Tearing
Destellos de luz, relampagueante, fulgurante -	Flashing
Dismenorrea	Dysmenorrhea, menstrual pain
Dolor producido por el crecimiento	Growing pain
Dolor que origina en una parte pero que se siente en otra/que responde en otra; referido	Referred
Doloroso, adolorido	Aching
Eléctrico, corrientazo	Electric
Enceguecedor	Blinding
Entumecido, dormido	Numb
Errático	Wandering
Espasmódico	Spasmodic
Escozor	Stinging
Estrujante	Squeezing
Extenuante	Exhausting
Fijo	Fixed
Fluctuante	Flickering
Fragmentación, que me parte, rajante	Splitting
Fuerte	Strong, bad
Fulgurante, disparante	Shooting
Fuminante	Explosive
Gas, con mucho aire	Gas
General, difundido, que se difunde	Diffuse, Generalized
Golpeante	Pounding
Gradual	Gradual
Horrible	Horrible
Hormigueo	Pins and needles, tingling

Húmedo	Clammy
Incómodo	Uncomfortable, Indigestion
Indigestión, empacho (Mexico)	Gripping
Insistente, lo único que piensa es en el dolor -	Intense, acute, sharp, bad
Insopportable, “no aguento”, agudísimo	Excruciating, unbearable
Intenso	Localized
Intermitente, va y viene	Intermittent
Lacinante, lacerante	Stabbing, darting, tearing
Localizado, un lugar concreto	Circumscribed, Localized
Machacante	Nagging
Mareado	Dizzy, queasy, light-headed
Moderado	Moderate, mild
Molestia incómoda	Vague discomfort
Molesto	Annoying
Neurálgico	Neuralgic
Opresión, opresivo	Tightness, crushing
Palpitante, que late, latiente	Beating, Pounding
Palpitante, que late, latiente, como una punzada	Throbbing
Parpadeante	Flickering
Penetrante, perforante	Boring, penetrating
Persistente, lacerante	Gnawing, nagging
Picar/que pica/picante	Prickly, itchy
Presión	Pressure
Profundo, hondo	Deep
Pulsante	Pulsing
Pulsátil	Pounding, quivering, throbbing
Punzadita	Twinge
Punzante	Pricking
Quebradizo	Brittle
Que pincha, punzante; que pica; chuzar	(in Colombia); espesar (in Puerto Rico)
Que quema, pica	Sticking
Que quema, quemante, cauterizante	Stinging
Que se extiende, que corre, que se irradia, que se expande, radiante	Searing
Que se mueve, que cambia de lugar	Radiating
Recurrente	Shifting
Repentino	Remittent
Retorciente	Abrupt
Sensible, adolorido	Wrenching
Severo, grave, fuerte	Sore, tender
Sofocante	Severe
Sordo, leve	Suffocating
Taladrante	Dull, Aching
Terebrante	Drilling
Tibio	Boring, penetrating
Tic nervioso	Warm
Tieso, rígido	Twitch
Torcedura	Stiffness
Tremulante	Twisting
	Quivering

Preguntas Para el Médico

Hacer buenas preguntas asegura que usted y su médico están de acuerdo. También se crea una relación mejor y de más confianza con el médico. Al hacer preguntas específicas sobre SU vida, ¡va a recibir atención médica específica para usted!

- ¿Cuál es mi diagnóstico?
- ¿Qué opciones de tratamiento tengo? ¿Cuáles son los beneficios de cada opción? ¿Cuáles son los efectos secundarios?
- ¿Necesitaré una prueba? ¿Para qué es la prueba? ¿Qué van a decirme los resultados?
- ¿Qué hace el medicamento recetado? ¿Cómo lo tomo? ¿Hay algún efecto secundario?
- ¿Por qué necesito cirugía? ¿Hay otras maneras de tratar mi condición? ¿Con qué frecuencia hace Ud. esta cirugía?
- ¿Necesito cambiar mi rutina diaria?
- ¿Hay algunas instrucciones escritas, folletos, o sitios de internet que puedan ayudarme?
- ¿Qué puedo hacer para prevenir que esto ocurra otra vez en el futuro?

Notas

TOMAR MEDICAMENTOS

Leer Frascos de Medicamentos

Explicación de la etiqueta en español:

Explicación de la etiqueta en inglés:

Prescription Drug Pharmacy Label



¡Practique!

CSV/pharmacy #0201 1191 Madison Avenue, Schenectady NY 12305 Rx#053570278812	ph. 518-567-4321 DEA #DVB1234540
Welchol 625 mg Tab Dr: Nordlicht, K Date: 01/23/06	Kim, Eun-Hee 125-02 Kissena Blvd Flushing, NY 11367
Take 2 Tablets 3 Times a Day	
REFILLS: 3 RPh. B. Cesanak	Qty: 90 Filled: 03-27-2006
Reorder after 05-16-2006 Do Not Use After: 03-02-2008 CAUTION: FEDERAL LAW PROHIBITS TRANSFER OF THIS DRUG TO ANY PERSON OTHER THAN THE PATIENT FOR WHOM IT WAS PRESCRIBED.	

¿Cuál es el nombre del medicamento?

¿Cómo se llama el médico?

¿Cuál es el nombre del paciente?

¿Cuál es el número de la farmacia?

¿Cuántas pastillas toma el paciente cada día?

¿Cuántas pastillas hay en el frasco?

¿El paciente puede obtener una renovación de la receta?

¿Cuándo vence el medicamento?

XPRESS SCRIPTS #0093 121-69 Persimmon Dr, Long Branch, NJ 01351 Rx: 774677643	ph. 202-567-4321 DEA #DVB1234540
Ndinge Mbutu	TAKE 1 TABLET EVERY DAY AS NEEDED
LISINOPRIL 10/12.5 TAB Prescriber: Hershenson, Pat	
NO REFILLS, AUTHORIZATION REQUIRED Date Filled: 03-27-2006	Qty: 120 Orig Date: 02-02-2006
RPh: AHMED, SYED Discard After: 03-26-2007 CAUTION: FEDERAL LAW PROHIBITS TRANSFER OF THIS DRUG TO ANY PERSON OTHER THAN THE PATIENT FOR WHOM IT WAS PRESCRIBED.	

¿Cuál es el nombre del medicamento?

¿Cómo se llama el médico?

¿Cuál es el nombre del paciente?

¿Cuál es el número de la farmacia?

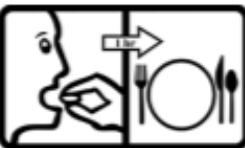
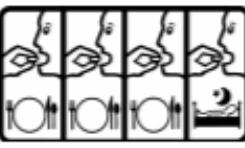
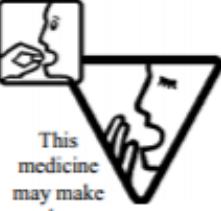
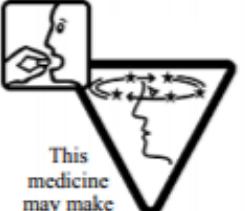
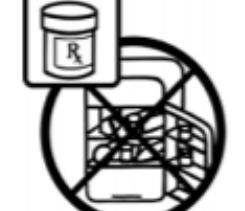
¿Cuántas pastillas toma el paciente cada día?

¿Cuántas pastillas hay en el frasco?

¿El paciente puede obtener una renovación de la receta?

¿Cuándo vence el medicamento?

Una leyenda de las imágenes en los frascos de medicamento:

 Take by mouth	 Take 2 times a day.	 Take 1 hour before meals.	 Take 1 hour after meals.
		 Take 4 times a day, with meals and at bedtime.	 Take 3 times a day.
		 Store in refrigerator.	 This medicine may make you drowsy.
		 Shake well.	 Do not drink alcohol while taking this medicine.
 This medicine may make you dizzy.	 Do not drive if this medicine makes you sleepy.	 Do not refrigerate.	 Do not share your medicine with others.

Preguntas para Hacer sobre los Medicamentos

Información sobre el medicamento

- ¿Cuál es el nombre del medicamento?
- ¿Por qué estoy tomando este medicamento?
- ¿Cuál es el nombre de la condición que este medicamento trata?
- ¿Cuánto tiempo tarda hasta que funciona el medicamento?
- ¿Cómo debo guardar este medicamento? ¿Necesita estar en el refrigerador?
- ¿La farmacéutica puede substituir un medicamento más barato de forma genérica?
- ¿El medicamento creará conflictos con otros medicamentos que tomo?

Cómo Tomar el Medicamento

- ¿Cuándo y con qué frecuencia debo tomar el medicamento? ¿Cuándo lo necesite o a horas fijas?
- ¿Tomo el medicamento antes de, con, o entre las comidas?
- ¿Por cuánto tiempo tengo que tomarlo?

Qué Esperar Cuando Toma el Medicamento

- ¿Cómo voy a sentirme cuando empiezo a tomar el medicamento?
- ¿Cómo voy a saber si el medicamento funciona?
- ¿Qué efectos secundarios debo anticipar? ¿Debo reportarlos?
- ¿Hay otros medicamentos o actividades que debo evitar cuando tomo este medicamento?
- ¿Este medicamento va a cambiar cómo funcionan mis otros medicamentos? (Pregunta sobre medicamentos recetados y sin receta)
- ¿Este medicamento va a cambiar cómo funciona alguno de mis remedios de hierbas o suplementos dietéticos?
- ¿Hay alguna comida o bebida que no debo consumir?
- ¿Puedo beber alcohol cuando tomo este medicamento? ¿Cuánto?
- Si me olvido de tomarlo, ¿qué debo hacer?
- ¿Qué debo hacer si siento como quiero dejar de tomar este medicamento? ¿Es seguro dejarlo?

Notas

NUTRICIÓN

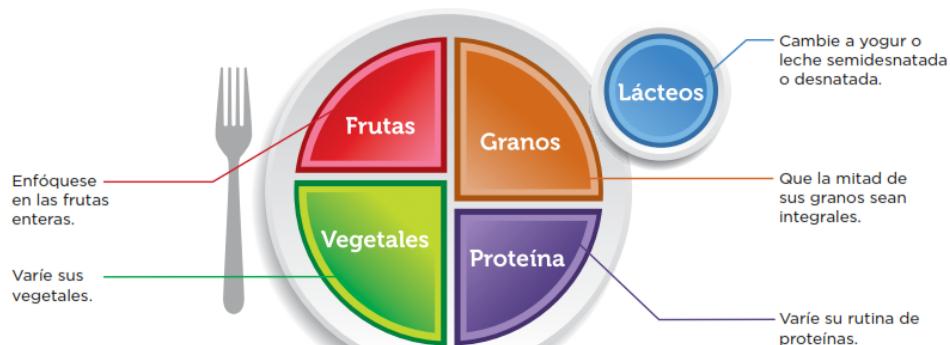
Entender la Nutrición y la Dieta



United States Department of Agriculture

MiPlato, MisVictorias: Hágalo suyo

Encuentre su estilo de alimentación saludable. Todo lo que come y bebe con el tiempo importa y puede ayudarlo a estar más sano ahora y en el futuro.



Choose **MyPlate**.gov



Límite los extras.

Beba y coma bebidas y alimentos con menos sodio, menos grasas saturadas y menos azúcares añadidos.



Cree "MisVictorias" que se ajuste a su estilo de alimentación saludable.

Comience con pequeños cambios que pueda disfrutar, como tomar hoy una fruta extra.

Frutas	Vegetales	Granos	Lácteos	Proteína
Enfóquese en frutas enteras y seleccione jugo de fruta 100% al elegir jugos. Compre frutas secas, congeladas, enlatadas o frescas, para que siempre pueda tener un suministro a mano.	Coma una variedad de vegetales y agréguelas a platos mixtos, como guisados, sándwiches y wraps. Frescas, congeladas y enlatadas también cuentan. Busque "sodio reducido" o "sin sal añadida" ("reduced sodium" or "no-salt-added") en la etiqueta.	Elija las versiones de grano entero de los alimentos comunes como pan, pasta y tortillas. ¿No está seguro si es grano entero? Busque en la lista de ingredientes las palabras "integral" o "grano entero" ("whole" or "whole grain").	Elija productos lácteos bajos en grasa (1%) o sin grasa (descremados). Obtenga la misma cantidad de calcio y otros nutrientes como la leche entera, pero con menos grasas saturadas y menos calorías. ¿Intolerancia a la lactosa? Pruebe leche sin lactosa o una bebida de soja fortificada.	Coma una variedad de alimentos ricos en proteínas tales como frijoles, soja, mariscos, carnes magras, aves de corral y frutos secos y semillas sin sal. Seleccione mariscos dos veces por semana. Elija cortes magros de carne y carne molida que sea al menos 93% magra.

Objetivos Diarios del Grupo de Alimentos — Basados en un Plan de 2,000 Calorías
Visite SuperTracker.usda.gov para obtener un plan personalizado.

2 tazas	2½ tazas	6 onzas	3 tazas	5½ onzas
1 taza cuenta como: 1 banana grande 1 taza de mandarinas ½ taza de pasas 1 taza de jugo de pomelo 100%	1 taza cuenta como: 2 tazas de espinacas crudas 1 pimiento grande 1 taza de zanahorias 1 taza de guisantes verdes 1 taza de champiñones	1 onza cuenta como: 1 rebanada de pan ½ taza de harina de avena cocida 1 tortilla pequeña ½ taza de arroz integral cocido ½ taza de sémola cocida	1 taza cuenta como: 1 taza de leche 1 taza de yogur 2 onzas de queso procesado	1 onza cuenta como: ¼ taza de frijoles cocidos 1 cda. de mantequilla de cacahuate 1 huevo

Agua
Beba agua en lugar de bebidas azucaradas.
Los refrescos, las bebidas energéticas o deportivas, y otras bebidas dulces por lo general contienen una gran cantidad de azúcar añadido, que proporciona más calorías de las necesarias.

Actividad
iNo se olvide de la actividad física!
Ser activo puede ayudarle a prevenir enfermedades y a controlar su peso.
Niños ≥ 60 min/día | Adultos ≥ 150 min/semana



MiPlato, MisVictorias

Soluciones de alimentación saludable para la vida cotidiana
ChooseMyPlate.gov/MyWins

Center for Nutrition Policy and Promotion

Mayo 2016

CNPP-29-S

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.



United States Department of Agriculture

**10
consejos**
Serie
de Educación
en Nutrición



MiPlato MisVictorias

Basado en las
Guías
Alimentarias
para los
Estadounidenses

Elija MiPlato

Use MiPlato para construir su estilo de alimentación saludable y mantenerlo durante toda la vida. Elija alimentos y bebidas de cada grupo de alimentos MiPlato. Asegúrese de que sus opciones sean limitadas en sodio, grasas saturadas y azúcares añadidos. Comience con pequeños cambios para tomar decisiones más saludables que pueda disfrutar.

1 Encuentre su estilo de alimentación saludable

Crear un estilo saludable significa comer con regularidad una variedad de alimentos para obtener los nutrientes y las calorías que necesita. Los consejos de MiPlato le ayudan a crear sus propias soluciones de alimentación saludable—“MisVictorias.”

2 Llene la mitad de su plato con frutas y vegetales

Comer frutas y vegetales de colores variados es importante porque aportan vitaminas y minerales y la mayoría son bajas en calorías.



3 Enfóquese en las frutas enteras

Elija frutas enteras frescas, congeladas, secas o enlatadas en jugo 100%. Disfrute de la fruta con las comidas, como bocadillos o como postre.



4 Varíe sus vegetales

Trate de agregar vegetales frescos, congelados o enlatados a ensaladas, acompañamientos y platos principales. Elija una variedad de vegetales de colores diferentes preparados de maneras saludables: al vapor, salteados, asados o crudos.

5 Que la mitad de sus granos sean integrales

Busque granos enteros que figuren en el primer o segundo lugar de la lista de ingredientes: pruebe avena, palomitas de maíz, pan integral y arroz integral. Limite los postres y bocadillos a base de granos, como pasteles, galletas y hojaldres.



6 Cambie a yogur o leche semidesnatada o desnatada

Elija leche, yogur y bebidas de soja (leche de soja) bajos en grasa o sin grasa para reducir la grasa saturada. Sustituya la crema agria, la crema y el queso regular con yogur, leche y queso bajos en grasa.



7 Varíe su rutina de proteínas

Mezcle sus alimentos de proteína para incluir mariscos, frijoles y guisantes, frutos secos y semillas sin sal, productos de soja, huevos y carnes magras y aves de corral. Pruebe platos principales hechos con frijoles o mariscos como ensalada de atún o chile de frijoles.



8 Beba y coma bebidas y alimentos con menos sodio, menos grasas saturadas y menos azúcares añadidos

Use la etiqueta de información nutricional y la lista de ingredientes para limitar los elementos con alto contenido de sodio, grasas saturadas y azúcares añadidos. Elija aceites vegetales en lugar de mantequilla, y salsas a base de aceite y salsas para untar en lugar de las que tienen mantequilla, crema o queso.



9 Beba agua en lugar de bebidas azucaradas

El agua no tiene calorías. Los refrescos regulares, energéticos o deportivos y otras bebidas azucaradas contienen una gran cantidad de calorías de azúcares añadidos y tienen pocos nutrientes.

10 Todo lo que come y bebe es importante

La combinación correcta de alimentos puede ayudarle a estar más saludable ahora y en el futuro. Convierta los pequeños cambios en su “MiPlato, MisVictorias.”

Center for Nutrition Policy and Promotion
El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

Visite ChooseMyPlate.gov para obtener más información.

DG TipSheet No. 1
Junio 2011
Revisado Octubre 2016

alimentación saludable para un estilo de vida activa

10 consejos para combinar buena alimentación y actividad física



Para jóvenes y adultos comprometidos a practicar deportes y mantener actividad física, la alimentación saludable es esencial para optimizar su rendimiento. La buena alimentación y la actividad física lo conducirán a un estilo de vida saludable.

1 maximize alimentos nutritivos

Dé a su cuerpo los nutrientes que éste necesita escogiendo alimentos nutritivos; incluya cereales integrales, productos con proteína y bajos en grasas, frutas, vegetales y leche sin o baja en grasa. Coma menos alimentos ricos en grasas sólidas, azúcares adicionados y sodio (sal).



2 revitalice con cereales

La fuente rápida de energía de su cuerpo proviene de alimentos como el pan, pasta, avena, otros cereales y tortillas. Asegúrese que por lo menos la mitad de los productos de grano que seleccione sean integrales como pan, pasta o arroz integral.

3 enriquezca con proteína

La proteína es esencial para desarrollar y mantener los músculos. Seleccione carne de res o cerdo baja en grasa, pollo o pavo sin pellejo. Obtenga proteína del pescado dos veces a la semana. Fuentes ricas en proteína también provienen de las plantas.

4 consuma proteínas de origen vegetal

¡La variedad es grandiosa! Seleccione legumbres (frijoles tipo riñón, pinto o negras; alverjas; garbanzo y crema de garbanzo), productos de soya (tofu, tempeh, hamburguesas vegetales), nueces sin sal y semillas.

5 diversifique las frutas y verduras

Obtenga los nutrientes que su cuerpo necesita consumiendo variedad de colores en varias formas. Puré de bayas azules, rojas o negras; pimientos rojos o amarillos, verduras como la espinaca o acelga. Seleccione frutas frescas, deshidratadas, congeladas, enlatadas bajas en sodio o jugos 100% de frutas.



6 no olvide los productos lácteos

Alimentos como la leche sin o baja en grasa, queso, yogur y bebidas fortificadas de soya (leche de soya) ayudan a mantener los huesos sanos, tan necesarios para las actividades diarias.



7 balancee las comidas

Use MyPlate para recordar e incluir todos los grupos de alimentos en sus comidas diarias. Lea más en ChooseMyPlate.gov.

8 beba agua

Manténgase hidratado bebiendo agua en vez de bebidas azucaradas. Guarde y reuse botellas de agua para tener siempre agua a la mano.

9 conozca cuánto debe comer

Obtenga información nutricional basada en su edad, sexo, altura, peso, actividad física actual y otros factores personales. Use SuperTracker para determinar sus necesidades calóricas, planea una dieta apropiada para usted y siga su progreso hasta llegar a su meta. Lea más en www.SuperTracker.usda.gov.

10 logre su meta

Obtenga reconocimiento presidencial por alcanzar sus metas de alimentación saludable y actividad física. Vaya a www.presidentschallenge.org para inscribirse al premio "Vida Activa Presidencial" (PALA por sus siglas en inglés).



Visite www.ChooseMyPlate.gov y
www.Fitness.gov
para obtener más información.

DG TipSheet No. 25

Marzo 2013

Center for Nutrition Policy and Promotion
El USDA es un proveedor y empleador que ofrece
igualdad de oportunidades para todos.

Leer Datos de Nutrición

Etiquetas en productos de comida dan información nutricional sobre el producto consumido, y sobre qué porción contribuye a los objetivos diarios de grupos de alimentos para una dieta sana. La información más importante incluida en los Datos de Nutrición es: grasa total (grasa saturada y grasa trans), colesterol, sodio, carbohidratos (incluida fibra dietética y azúcares), proteínas y algunas vitaminas.

Nutrition Facts Datos de Nutrición	
6 servings per container / Raciones por Envase	
Serving size	1 cup (140g)
Tamaño por Ración	1 taza (140g)
Amount per serving / Cantidad por ración	
Calories / Calorías	170
% Daily Value / % Valor Diario*	
Total Fat / Grasa Total 8g	10%
Saturated Fat / Grasa Saturada 3g	15%
Trans Fat / Grasa Trans 0g	
Cholesterol / Colesterol 0mg	0%
Sodium / Sodio 5mg	0%
Total Carbohydrate / Carbohidratos Total 22g	8%
Dietary Fiber / Fibra Dietética 2g	7%
Total Sugars / Total Azúcares 16g	
Includes 8g Added Sugars	16%
Incluye 8g Azúcares Añadidos	
Protein / Proteínas 2g	
Vitamin D / Vitamina D 0mcg	0%
Calcium / Calcio 20mg	2%
Iron / Hierro 1mg	6%
Potassium / Potasio 240mg	6%
*The % Daily Value tells you how much a nutrient in a serving of food contributes to a daily diet. 2000 calories a day is used for general nutrition advice.	
*El porcentaje de Valor Diario Indica la cantidad de un nutriente en una porción de alimento contribuye a una dieta diaria. 2000 calorías al día se utiliza para el consejo general de la nutrición.	

Notas



AGUA. SOMBRA. DESCANSOS.

Sin ellos no se puede trabajar.



UNA HOJA INFORMATIVA SOBRE EL CALOR

Dos tipos de enfermedades por calor:

Agotamiento



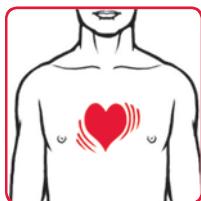
Mareos



Dolor de cabeza



Mucho sudor



Pulso rápido



Nauseas y vómitos



Debilidad



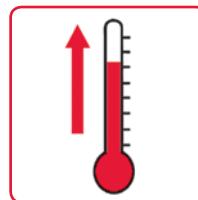
Calambres



Insolación



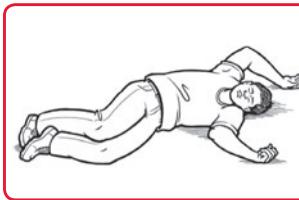
Piel colorada,
caliente y seca



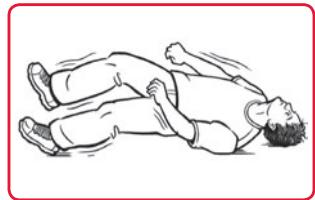
Temperatura alta



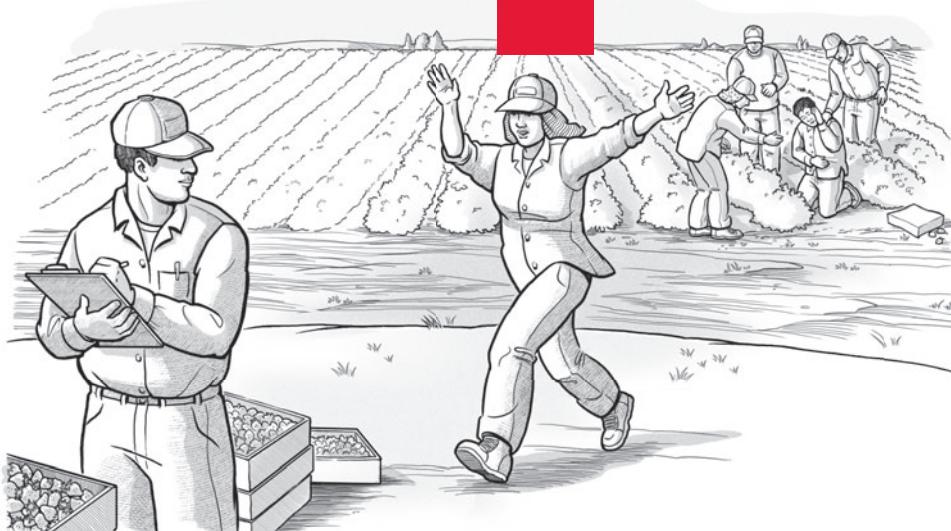
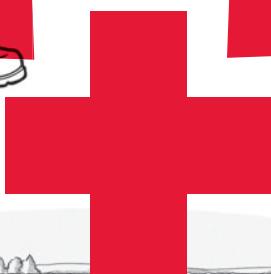
Desorientación



Desmayo



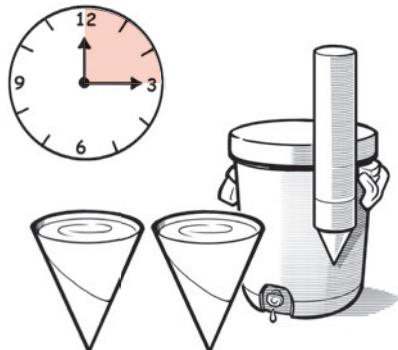
Convulsiones



El calor mata – ¡Consiga ayuda de inmediato!

¡Manténgase seguro y sano!

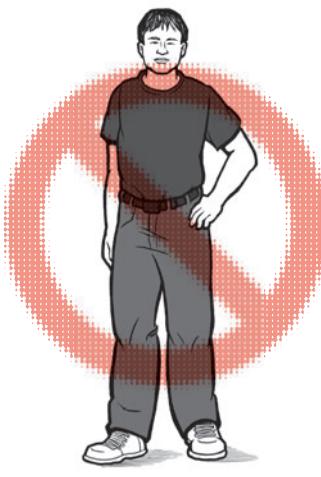
Tome agua aunque no tenga sed – *cada 15 minutos*



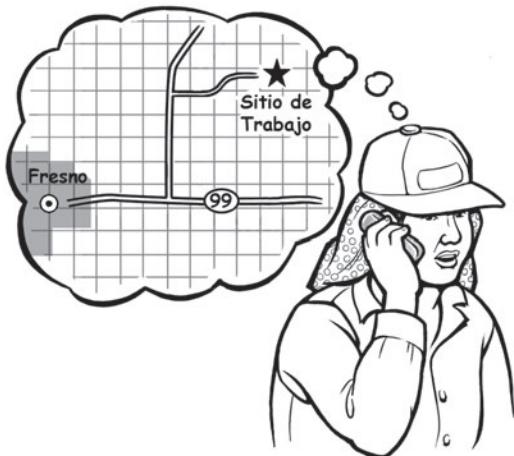
Esté pendiente de sus compañeros



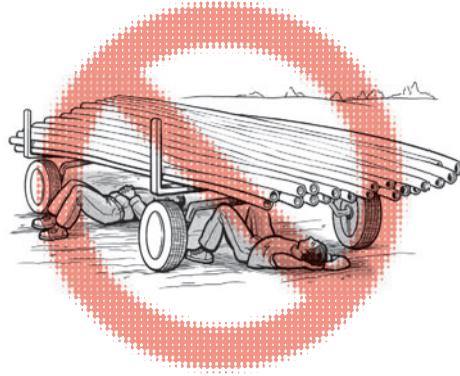
Use sombrero y ropa ligera de colores claros



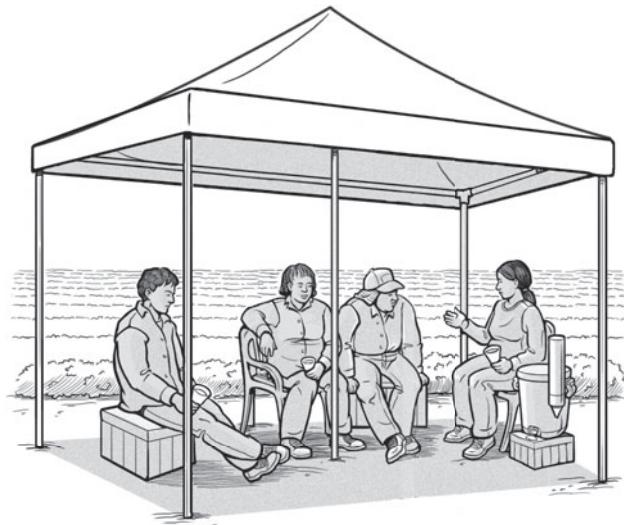
Sepa dónde está trabajando por si necesita llamar al 911



Descanse en la sombra

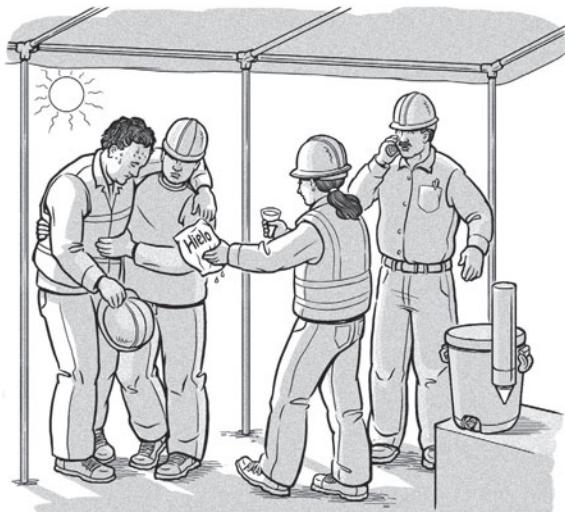


¡Se pueden prevenir las enfermedades por calor!



Agua

Sombra y descansos



Capacitación

Plan de emergencia



OSHA

Administración de Seguridad
y Salud Ocupacional
Departamento de Trabajo de los EE. UU.

Departamento de Trabajo de los EE. UU.

STATE OF CALIFORNIA
CAL/OSHA
DEPARTMENT OF INDUSTRIAL RELATIONS

Desarrollado por
CAL/OSHA

Si usted tiene preguntas, llame a OSHA.
Esta información es confidencial.
¡Nosotros podemos ayudar!

1-800-321-OSHA (6742) • TTY 1-877-889-5627 • www.osha.gov





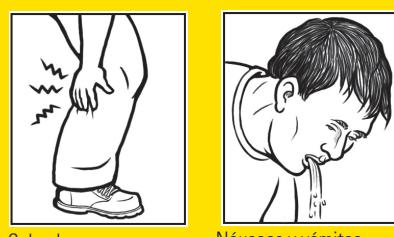
Los efectos del calor

Dos tipos de enfermedades por calor:

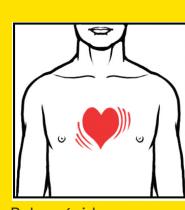
Agotamiento



Mareos Dolor de cabeza Mucho sudor Debilidad

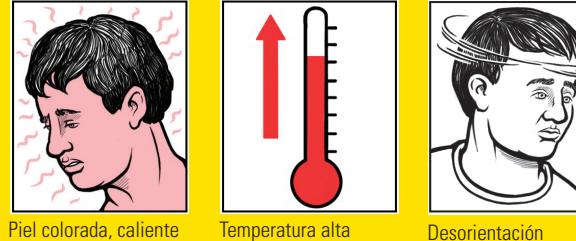


Calambres Náuseas y vómitos

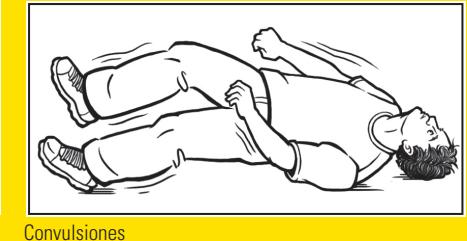


Pulso rápido

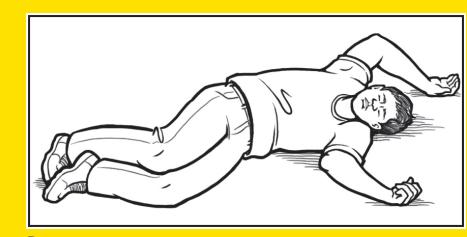
Insolación



Piel colorada, caliente y seca Temperatura alta Desorientación



Convulsiones Desmayo



OJO con los primeros síntomas. Podrían necesitar atención médica.

1

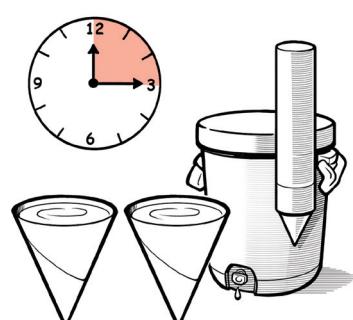
Las personas reaccionan de diferentes maneras.

Podrían tener unos cuantos de estos síntomas o la mayoría de ellos.

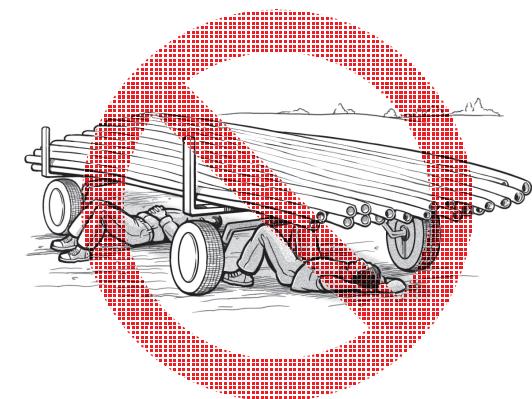
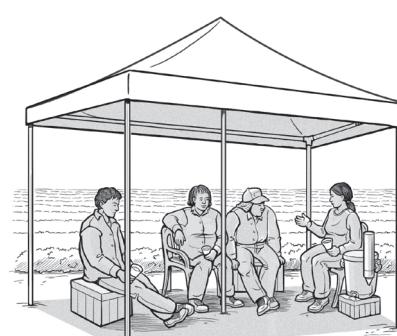
¡Manténganse seguros y sanos!

AGUA. SOMBRA. DESCANSOS. Sin ellos no se puede trabajar.

Tomen agua aunque no tengan sed – cada 15 minutos.



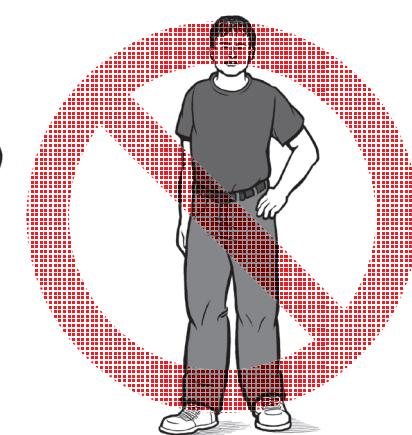
Descansen en la sombra.



Estén pendientes de sus compañeros.



Usen sombrero y ropa ligera de colores claros.



No deben esforzarse demasiado los primeros días que trabajan en el calor.

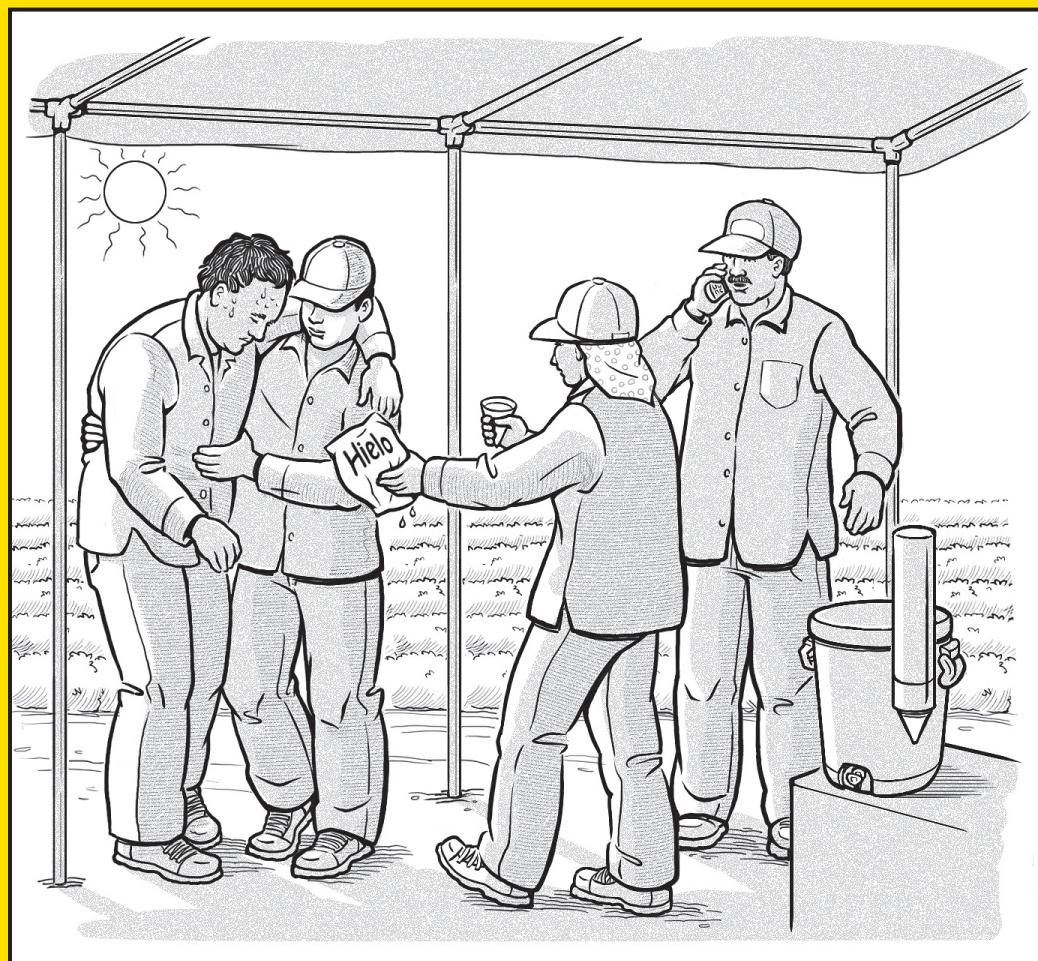
2

Tienen que acostumbrarse. Tomen descansos en la sombra—por lo menos 5 minutos para refrescarse.



Estén listos para una emergencia

El calor mata – ¡Consigan ayuda de inmediato!



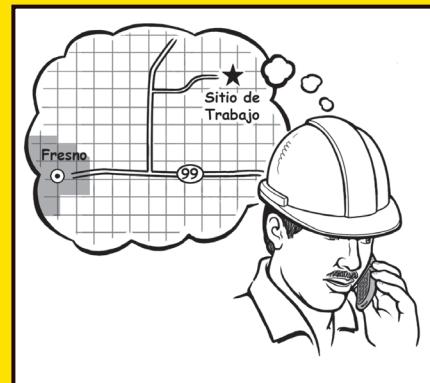
Si alguien en la cuadrilla tiene síntomas:

- 1) Avísenle a la persona en su cuadrilla que tiene un teléfono/radio para que se comunique con el supervisor – necesitan ayuda médica.
- 2) Empiecen a darle primeros auxilios hasta que llegue la ambulancia.
- 3) Muevan a la persona a la sombra para refrescarla.
- 4) Dénle agua, poco a poco, siempre y cuando no esté vomitando.
- 5) Aflójenle la ropa.
- 6) Ayúdenle a refrescarse. Usen un abanico, pónganle compresas de hielo en la ingle y las axilas, o empañen la ropa con agua fresca.

**Cuando pidan ayuda médica,
asegúrense de que:**

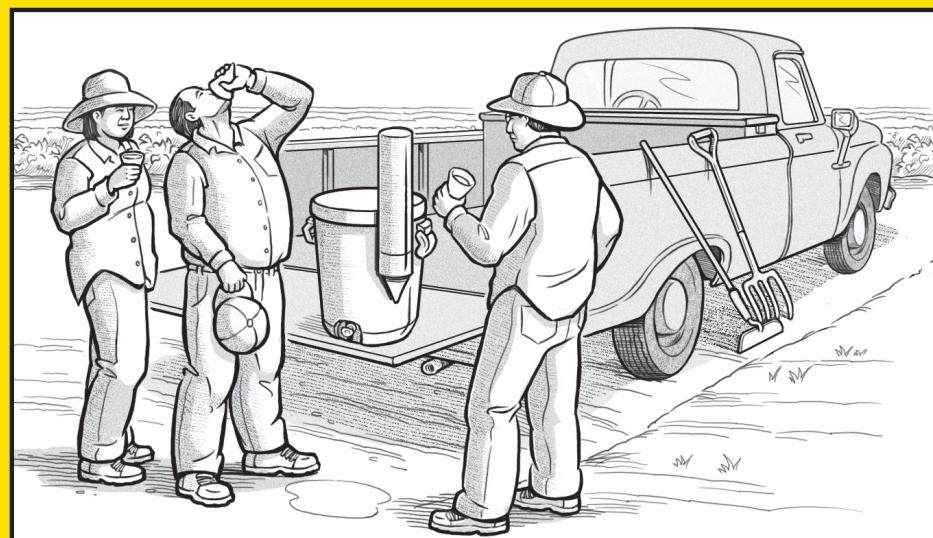
3

- Estén listos para describir los síntomas.
- Sepan describir su ubicación y cómo llegar a su lugar de trabajo.



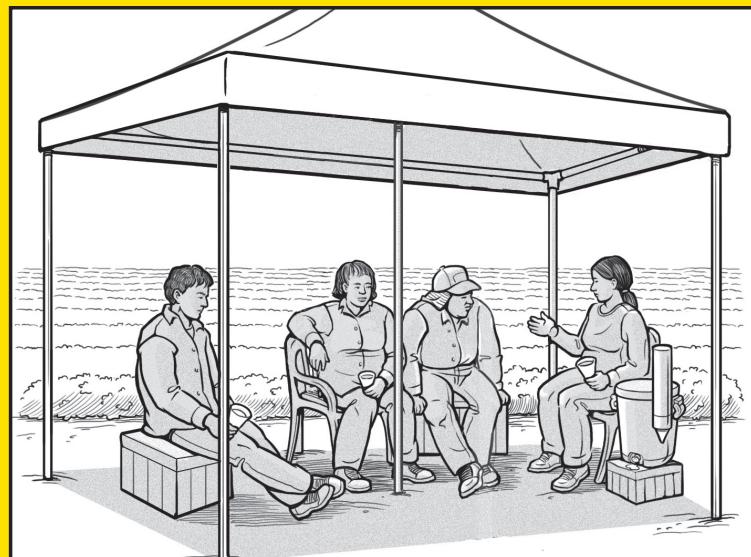
¡Se pueden prevenir las enfermedades por calor!

En nuestro lugar de trabajo, tenemos:



Agua

Tomamos precauciones adicionales durante las olas de calor o cuando aumenta el calor. Podríamos cambiar las horas de trabajo y todos necesitamos aun más agua y descansos.



Sombra para descansar y refrescarse



Capacitación y plan de emergencia



Departamento de Trabajo
de los EE. UU.



Administración de Seguridad
y Salud Ocupacional
Departamento de Trabajo de los EE. UU.

CAL/OSHA
DEPARTAMENTO DE INDUSTRIAS RELACIONADAS

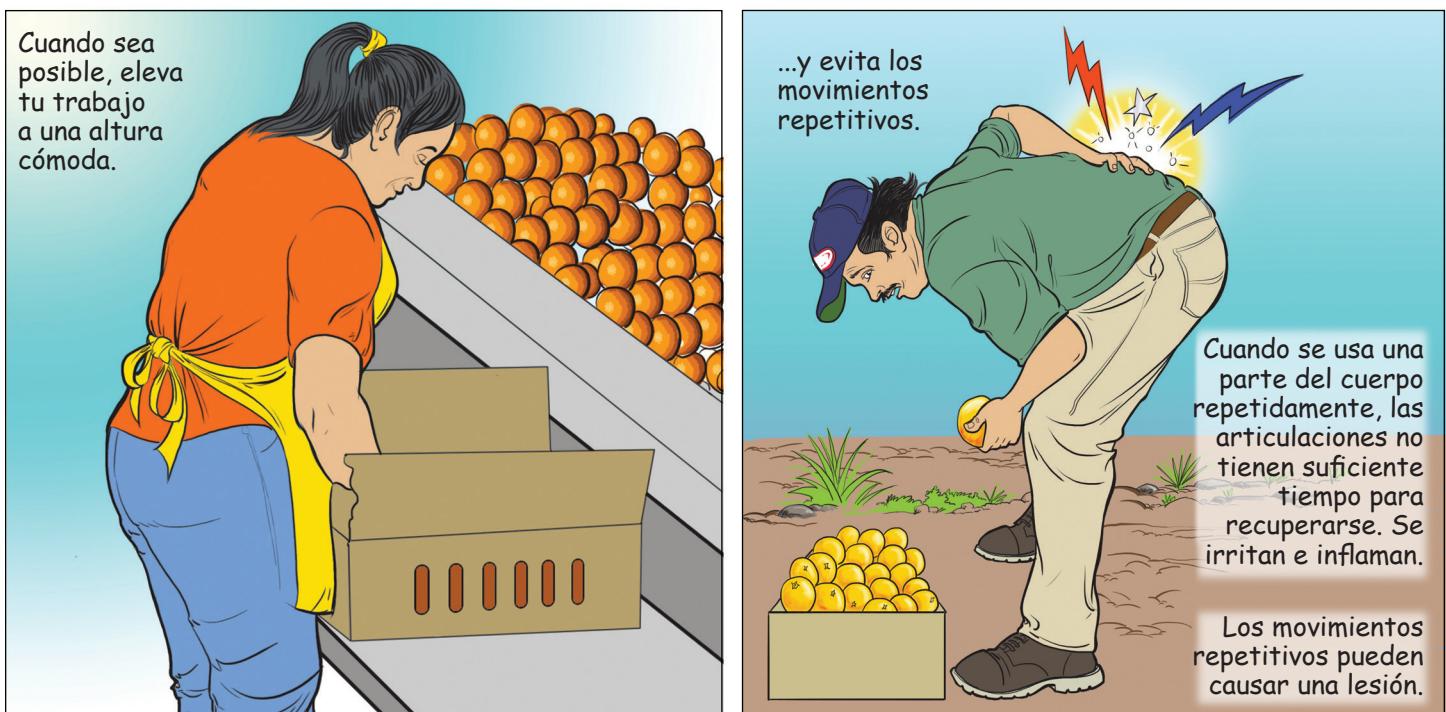


Para más información:
1-800-321-OSHA (6742) • TTY 1-877-889-5627 • www.osha.gov

4

OSHA 3432-04N 2011SP

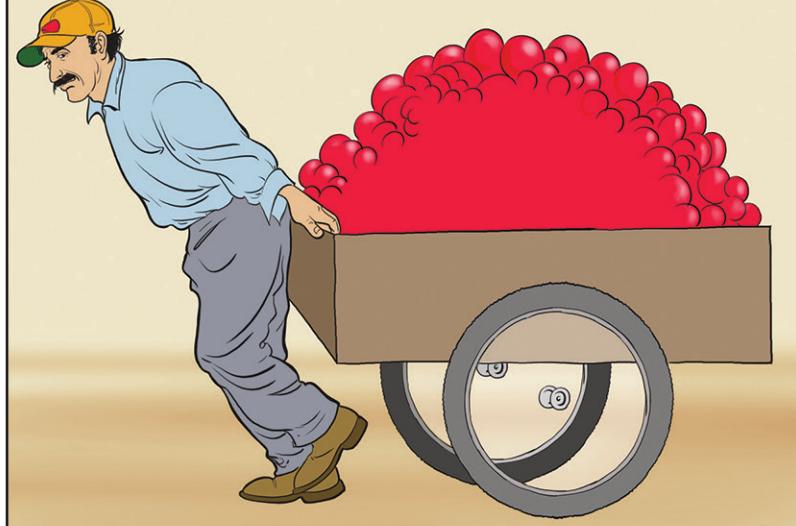




Cuando sea posible,
empuja...



...o jala la carga en
vez de levantarla.

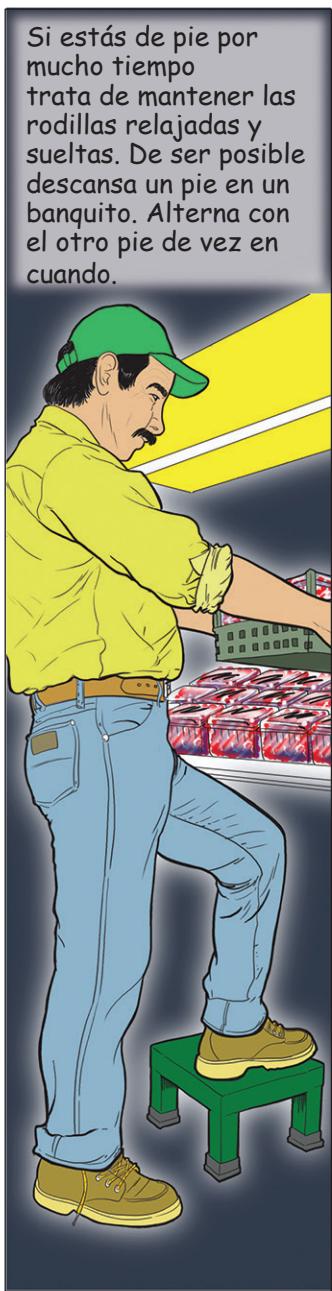
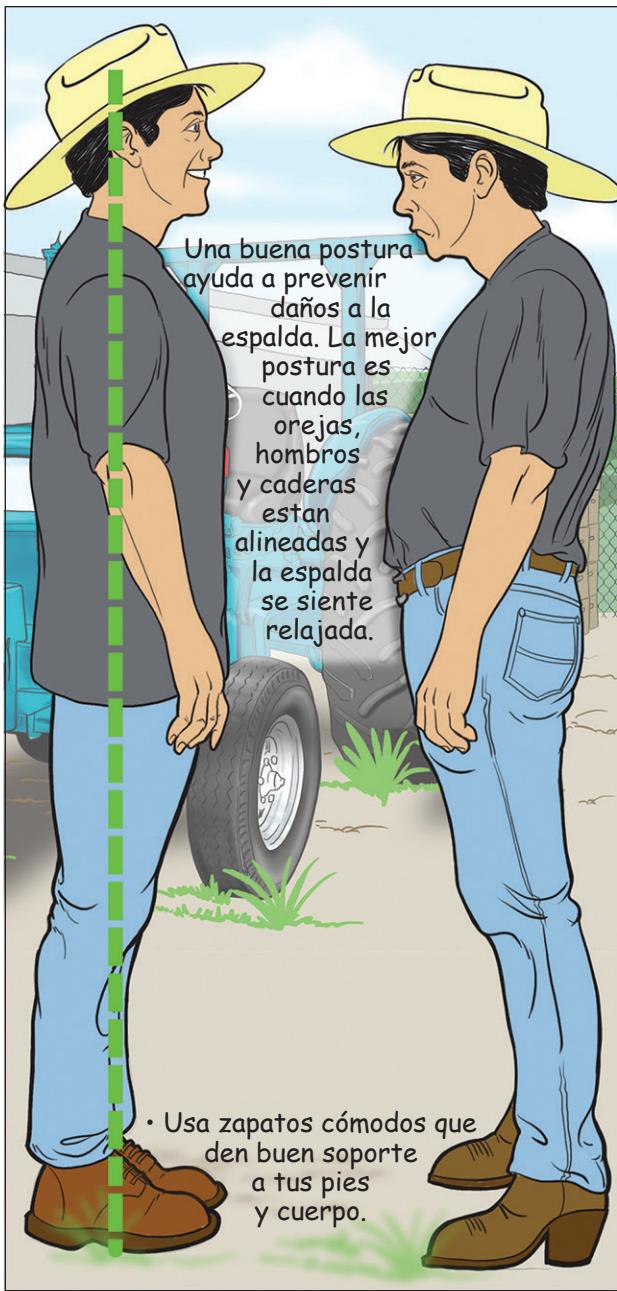


Los
músculos
abdominales
fuertes
ayudan a
prevenir
problemas
de espalda.

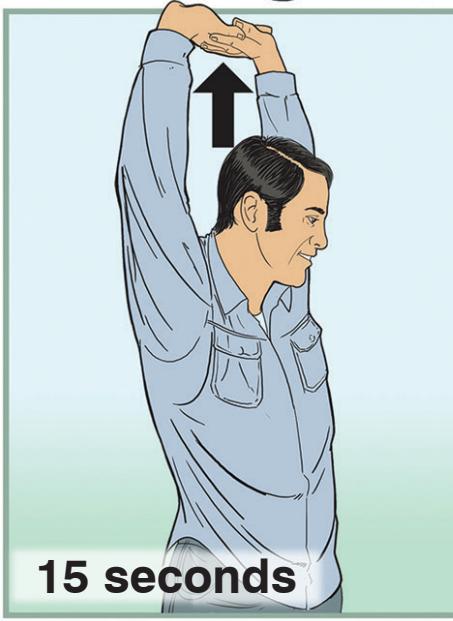
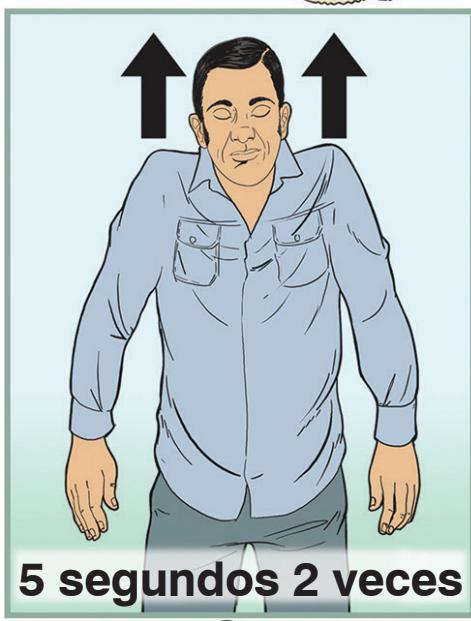
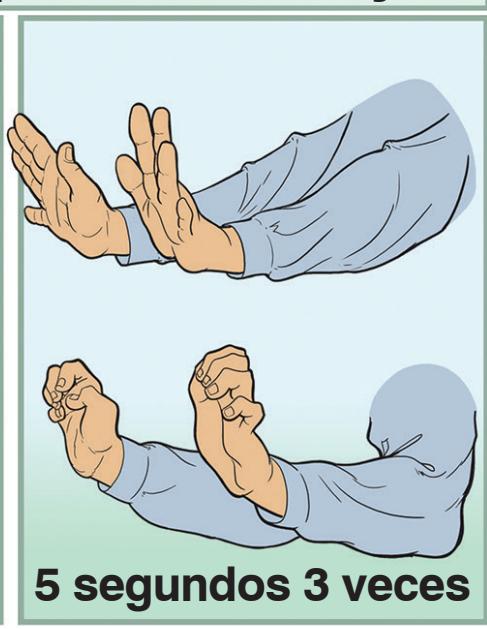
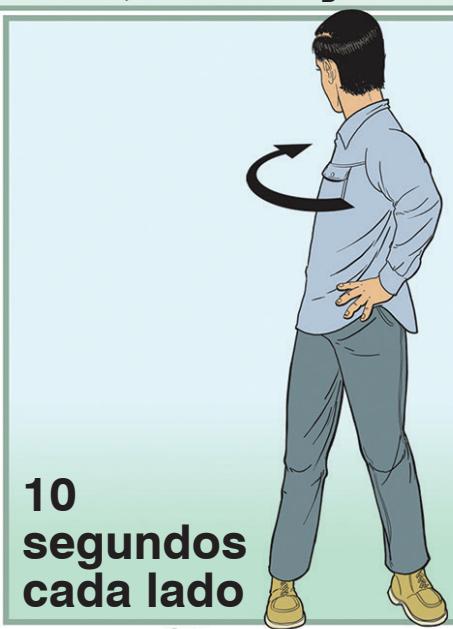
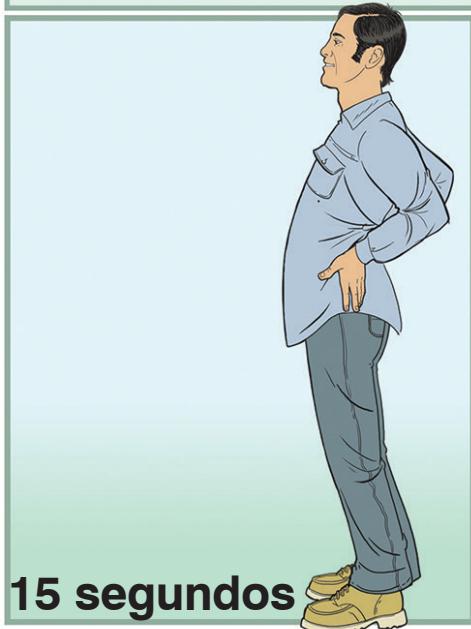


• No permanezcas en una sola postura demasiado tiempo. Si puedes, levántate y camina. Haz el estiramiento de espalda de la página 5.



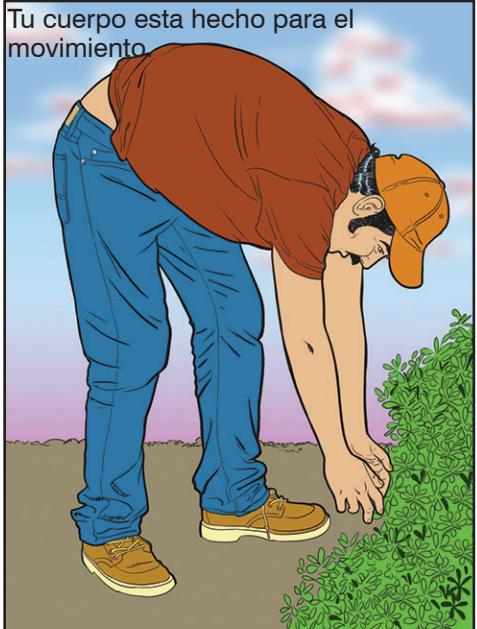


Estiramientos diarios, antes y después del trabajo:



CÓMO ESTIRARSE

Tu cuerpo está hecho para el movimiento.



Quedarte en una sola posición por mucho tiempo puede causarte daño.



Trata de cambiar tu posición o estírate.



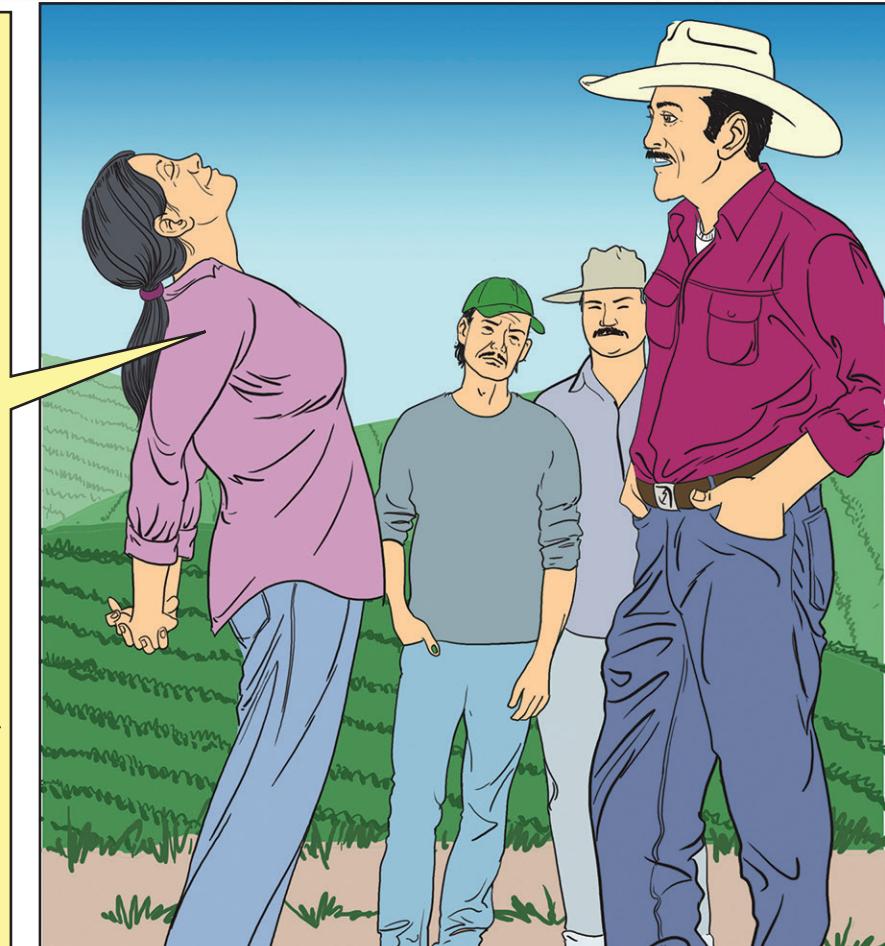
Es mejor estirarse durante varios descansos cortos que en un descanso prolongado.

Sigue estos consejos para estirarte:



- Estírate despacio.
- Respira normalmente.
- Debes sentir un estiramiento suave en los músculos; un dolor marcado es un signo de sobreestiramiento.
- La sensación de estiramiento debe empezar a desaparecer después de 10 a 15 segundos.
- Mantén cada estiramiento por al menos 60 segundos, o hasta que sientas el músculo relajarse.
- Estírate sólo hasta que sea cómodo. Detente si hay sensación de ardor dolorosa.
- Repite cada estiramiento 1-2 veces.
- Cuando te estires de un lado, siempre repite el mismo estiramiento en el otro lado del cuerpo.
- Evita movimientos repentinos o bruscos durante el estiramiento. Ten paciencia. Deja que los músculos se relajen suavemente mientras mantienes el estiramiento.
- Relaja tu mente y el resto de tu cuerpo tanto como puedas. Disfruta los estiramientos.
- Mantén una buena postura mientras te estiras -siéntate y párate derecho- guíate con las ilustraciones.

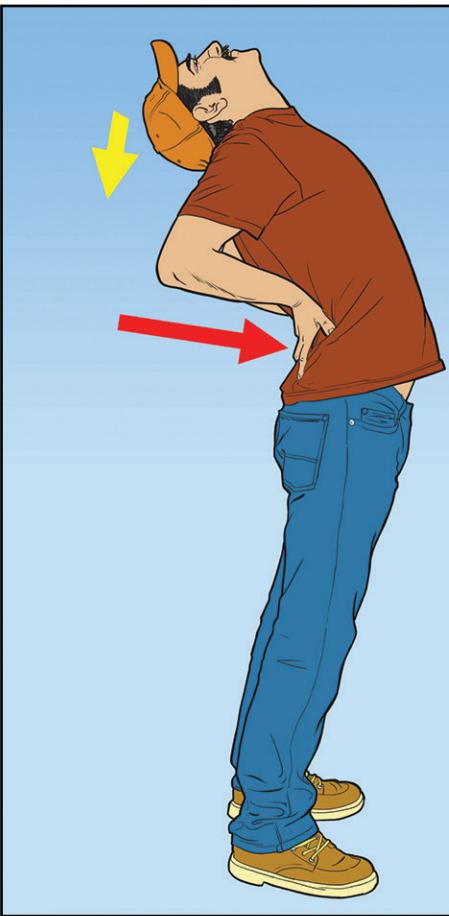
Con el tiempo notarás los beneficios del estiramiento.



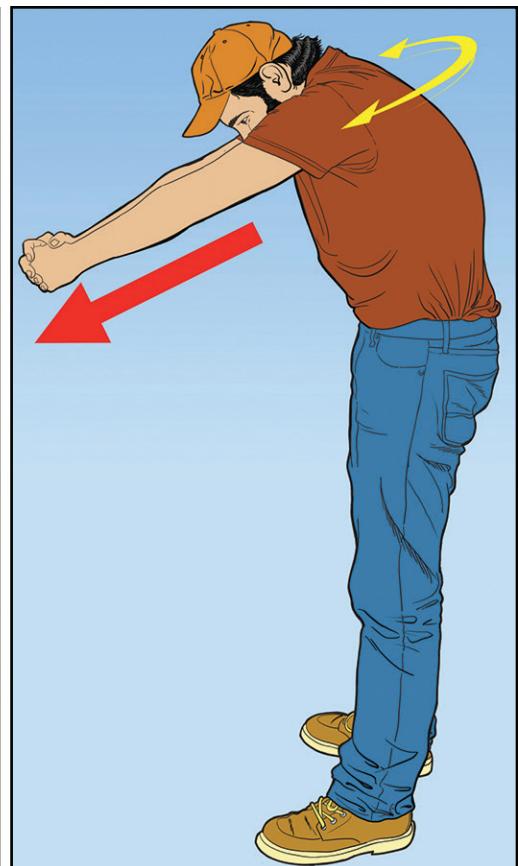
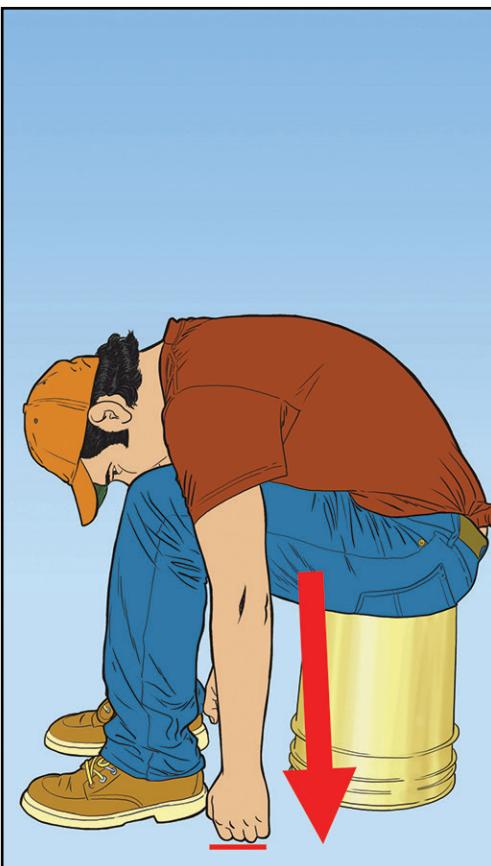
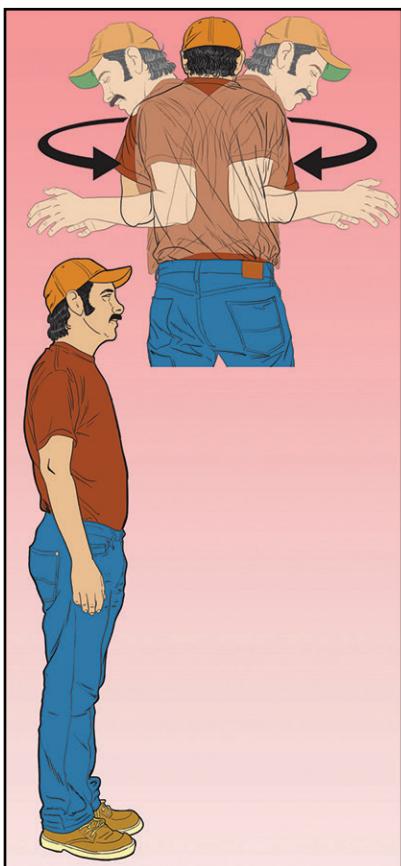
PRECAUCIÓN

Si sientes un dolor agudo, punzante o entumecimiento cuando realices cualquiera de estos estiramientos, para de inmediato.

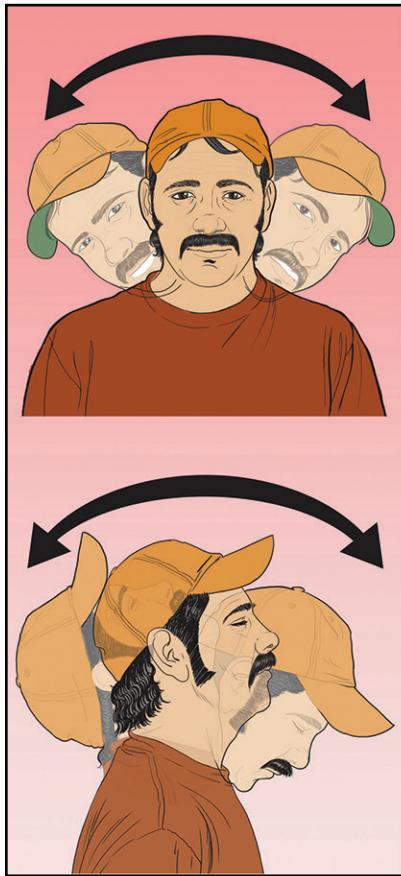
Si te sientas o te inclinas por mucho tiempo, haz estos estiramientos:



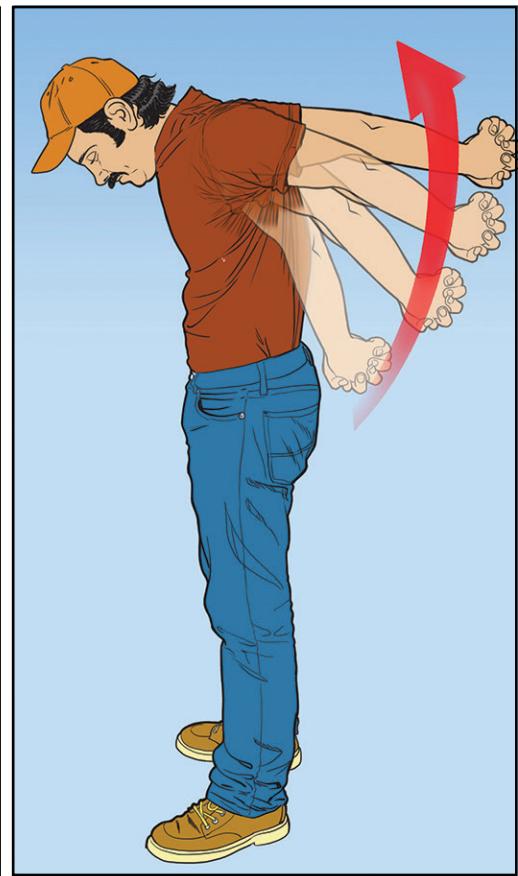
Si giras el cuerpo y estas parado por mucho tiempo, haz estos estiramientos:



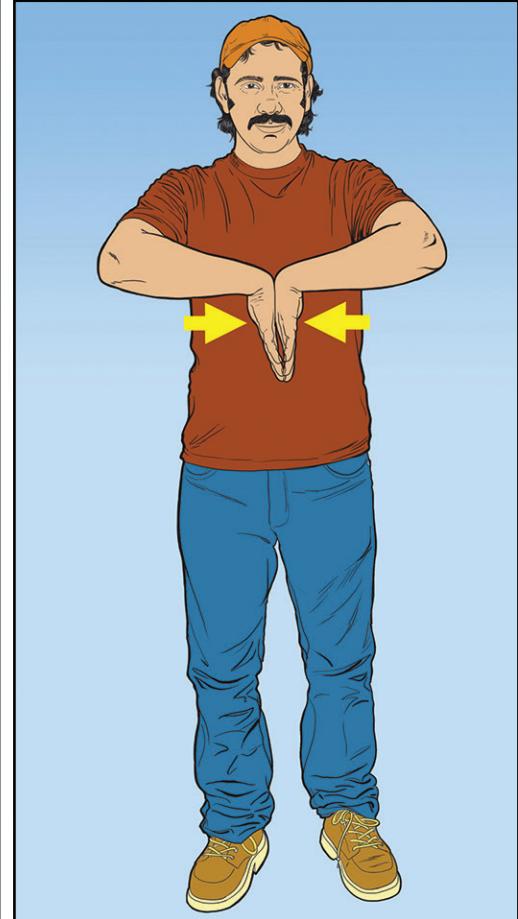
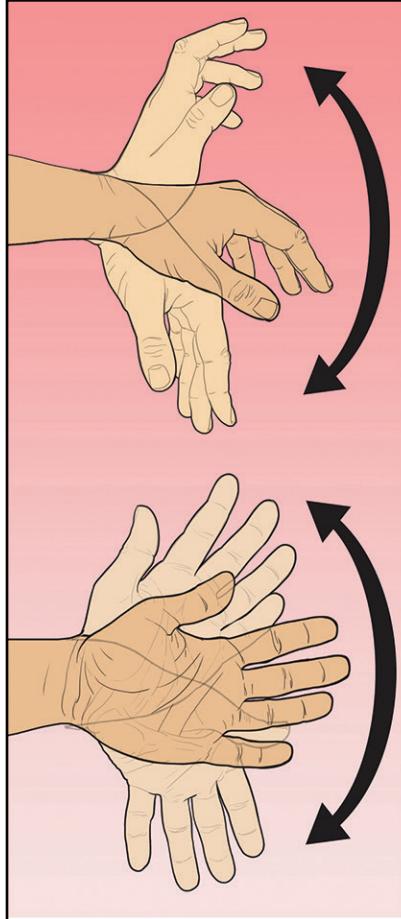
Si doblas o giras el cuello por mucho tiempo, haz estos estiramientos:



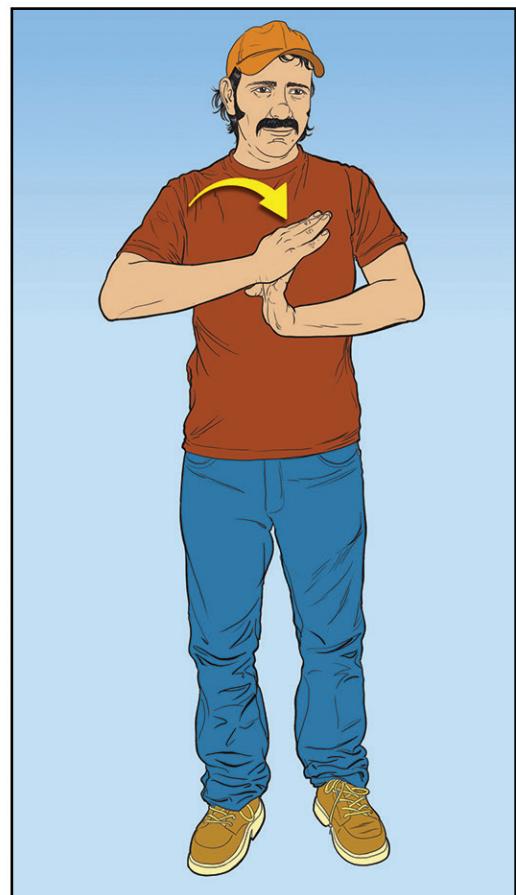
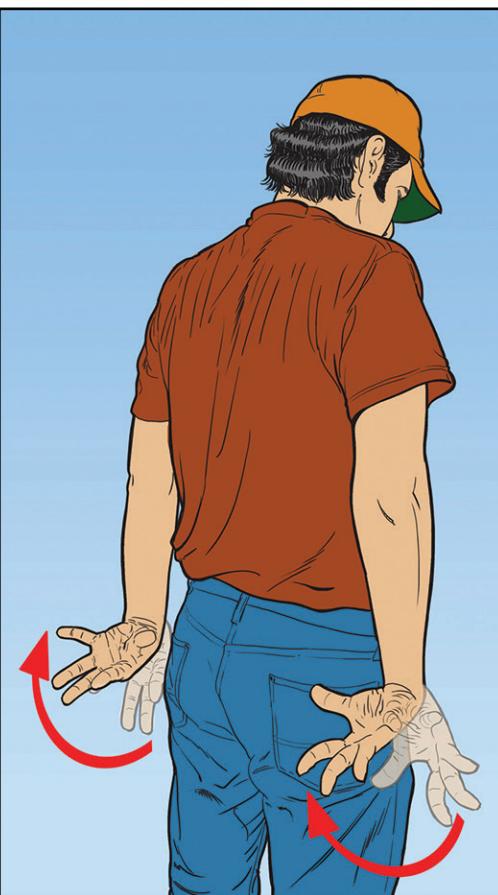
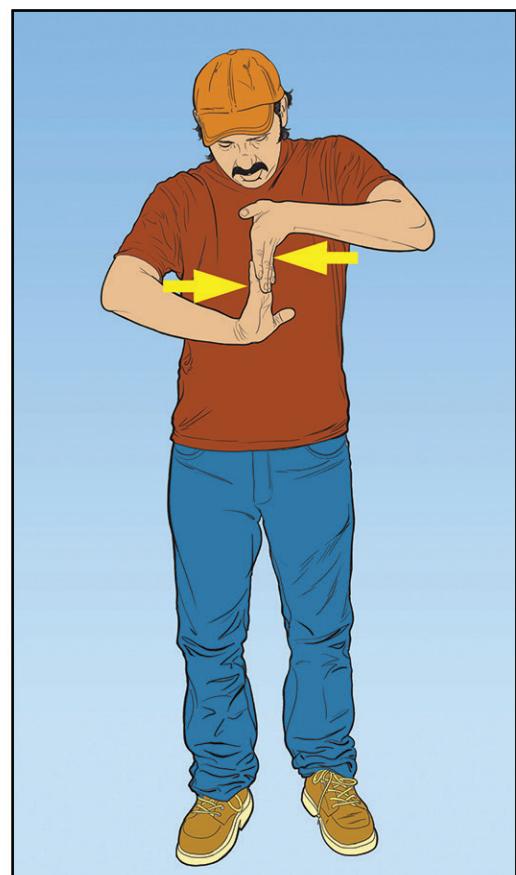
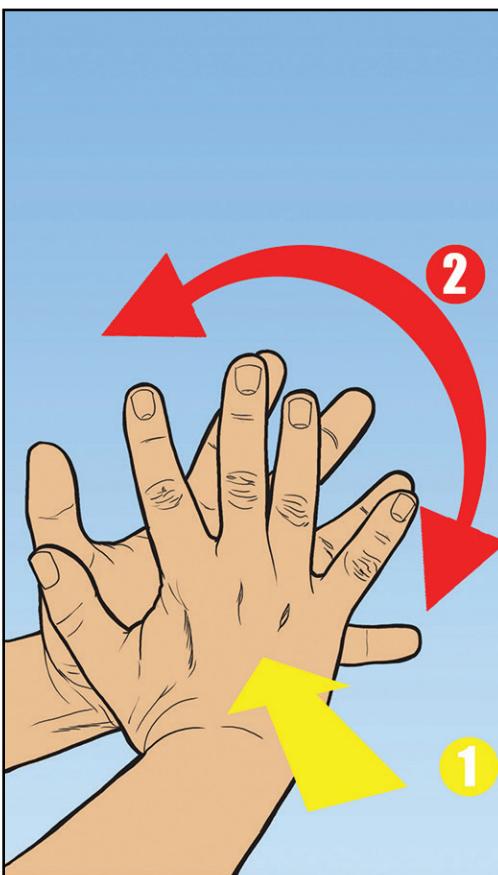
- 1- Tócate la base del cuello con una mano.
- 2- Inclina la cabeza adelante y ligeramente a un lado hasta sentir el estiramiento.
- 3- Si no lo sientes, jala suavemente la cabeza por detrás hacia abajo.



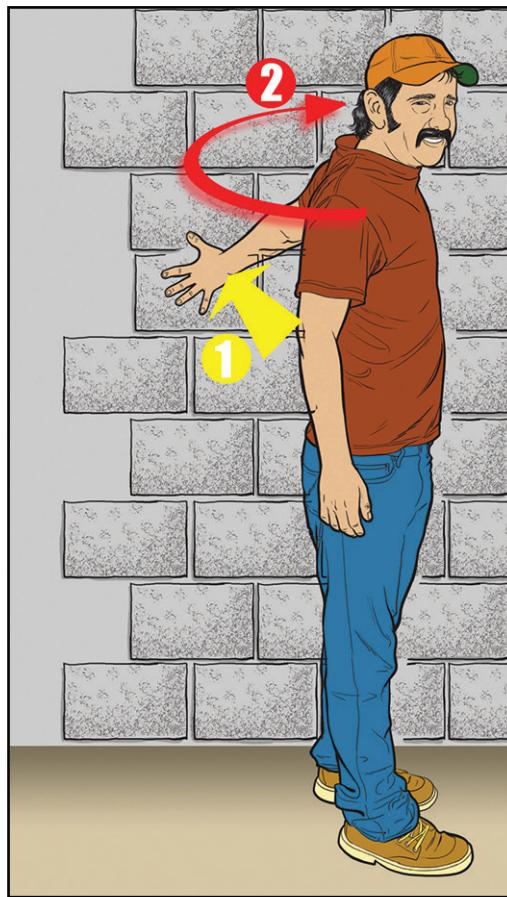
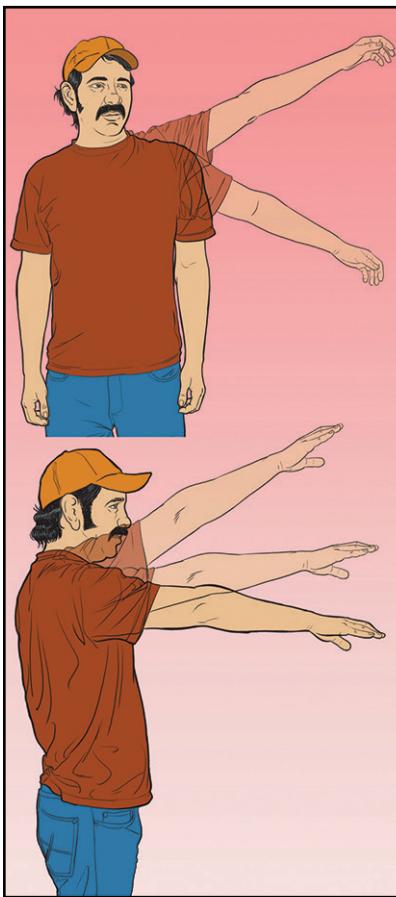
Si mueves las muñecas una y otra vez por mucho tiempo, haz estos estiramientos:



Si usas los antebrazos, agarras algo de "pellizco" o usas los dedos repetidamente, haz estos estiramientos:



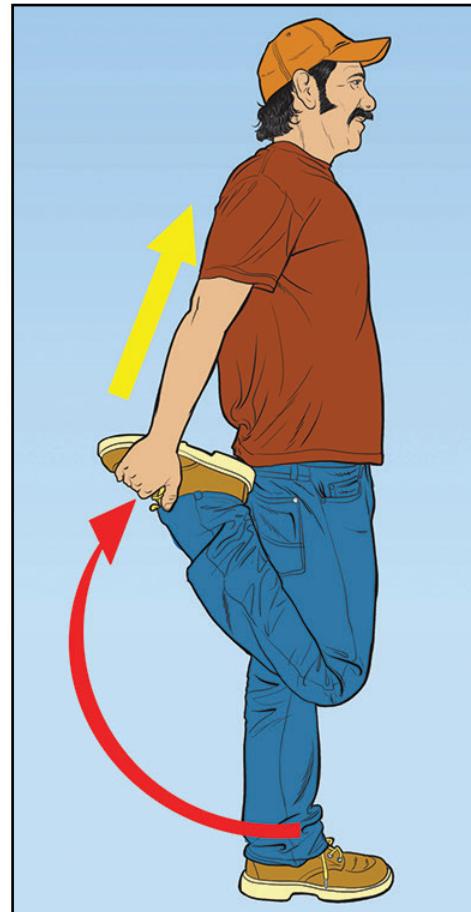
Si debes levantar los brazos al frente o a los lados una y otra vez, haz estos estiramientos:



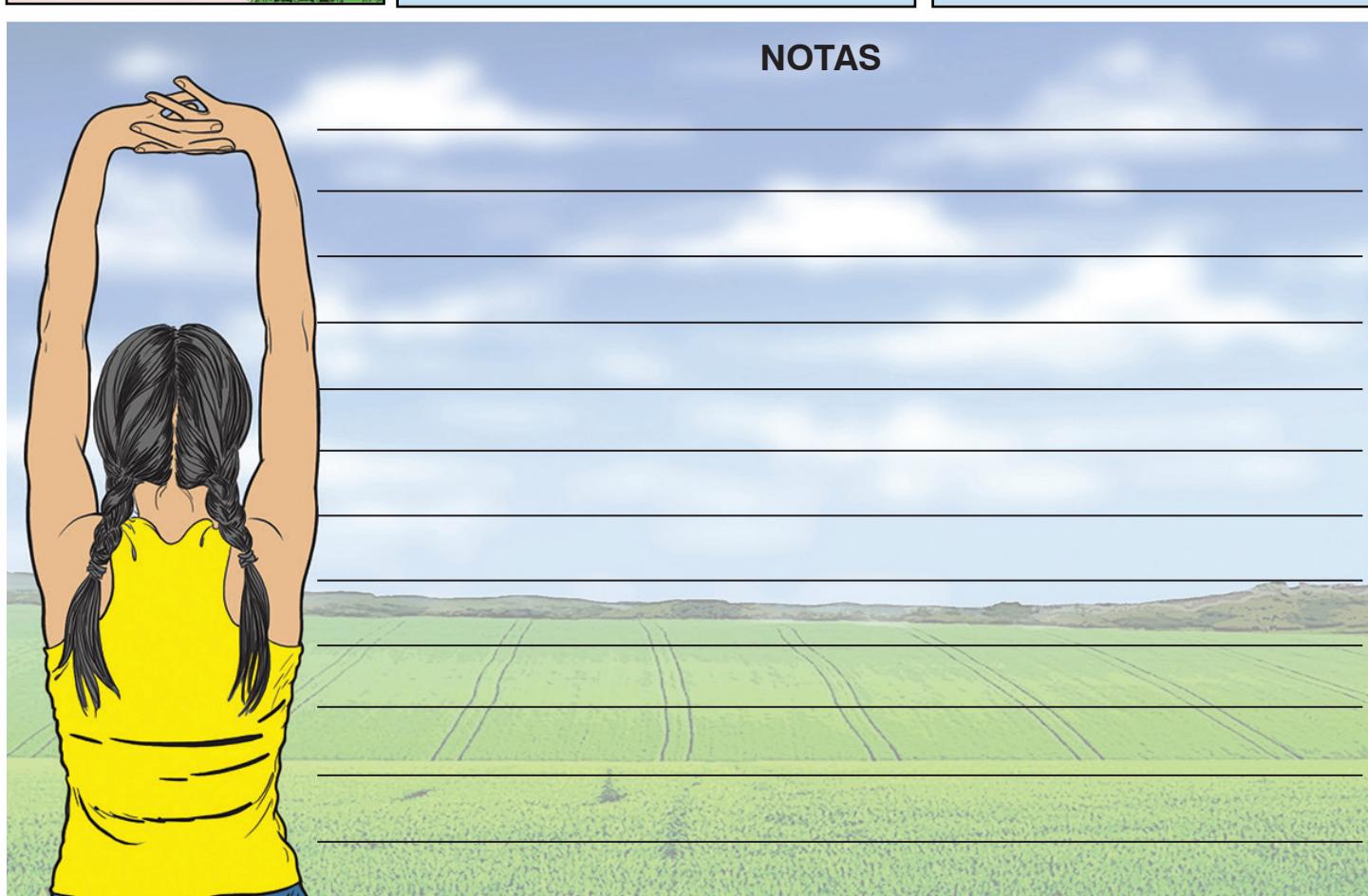
Si estás en una posición donde encojas los hombros o muevas tus brazos así, haz estos estiramientos.



Si estas de rodillas o en cucillas mucho tiempo, haz estos estiramientos:



NOTAS



Contenido: Salvador Sáenz, Amy K. Liebman and Giulia Earle-Richardson

Arte y Diseño: Salvador Sáenz

Color: Uriel E. Sáenz

MIGRANT CLINICIANS NETWORK

NEC

The Northeast Center
for Agricultural Health

The Northeast Center for Agricultural Health
The New York Center
for Agricultural Medicine and Health
One Atwell Road
Cooperstown, NY 13326
Phone: 800.343.7527
www.nycamh.org



Migrant Clinicians Network
P.O. Box 164285
Austin, TX 78716
(512) 327-2017
www.migrantclinician.org



● Gracias a la
Doctora Beth
Rothman, por
su asistencia
en el
desarrollo del
contenido de
este material.

● Gracias a los
trabajadores de
Orange County y
Oneida County que
ayudaron a probar este
material.

● Agradecemos especialmente a
Farm Safety Association of Canada.
Esta guía contiene información de
su manual del 2001 -- *Stretches and
Postures at Work*, producido por
Ergonomics in Motion and the
Farm & Ranch Safety and Health
Association, Ontario, Canada.

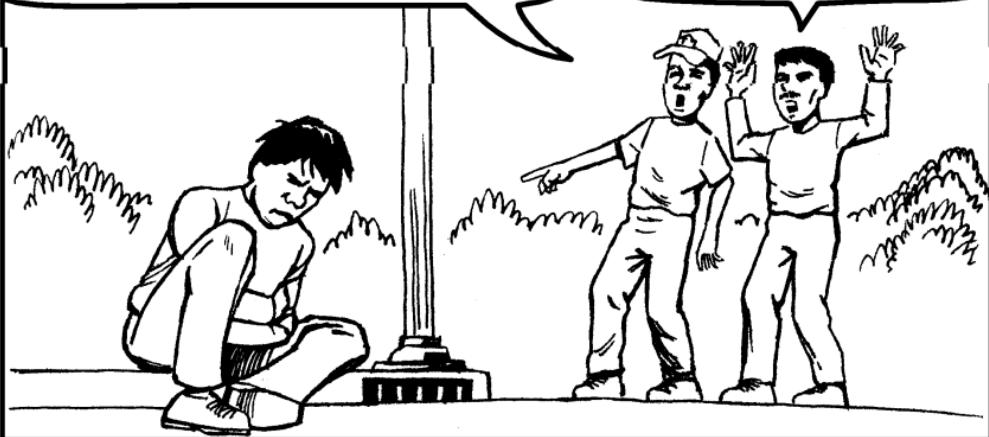
EL TERROR INVISIBLE



¡Ataca a los
trabajadores
agrícolas!

¡Miguel está enfermo!

¿Qué le pasa?



Él es otra víctima del terror invisible



Hace poco fuí a un entrenamiento...



...en el que aprendimos sobre los residuos de los pesticidas.



Los pesticidas en las plantas son invisibles.

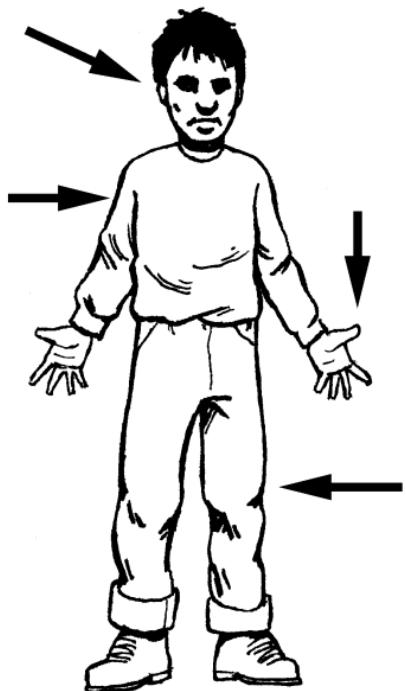
Los residuos se quedan en las plantas por muchos días.



Y aunque no los puedes ver ni oler, de todas maneras hacen que te enfermes.



Cuando tocas las plantas, estás en contacto con los residuos.



Aunque el contacto sea con pequeñas cantidades, el residuo se va acumulando con el paso del tiempo.



Pero son ¡muy peligrosos!

**¡Yo nunca
me enfermo!**



Es posible que durante varios años no se vean los efectos.



Cáncer



Esterilidad



**Daño a bebés
que aún no
han nacido.**



**Todos los que trabajan en el
campo corren el riesgo.**



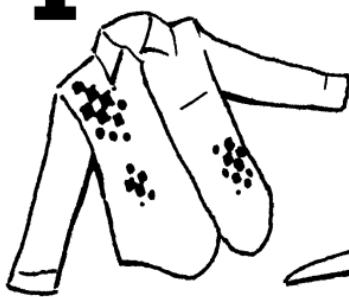
**¿Cómo podemos
protegernos?**



**Lávate las manos en el campo,
antes de comer, beber o ir al baño.**

**Siempre
lleva
puesta
camisas
de manga
larga.**

1



2



3



**Lava la
ropa de
trabajo
antes de
volvertela
a poner.**



**¡Si te toca, te
toca!
¿Por qué
cuidarse?**

**Porque Tú tienes
control y puedes
reducir las
probabilidades
de enfermarte.**

**Para mayores informes o solicitar
ayuda, por favor comunícate con:**



Keeping Workers Safe from Pesticide Exposure

Producido por El Proyecto PACE
(Preveniendo el Contacto con
Pesticidas entre los Trabajadores
Agrícolas)

Dibujos por Tim Rickard

© 2000 Wake Forest University
School of Medicine
Department of Family and
Community Medicine
The PACE Project (Preventing
Agricultural Chemical Exposure)
Medical Center Blvd., Winston-
Salem NC 27157-1084



Clínicas de Salud para Trabajadores del Campo en Carolina del Norte ~ NC Farmworker Health Clinics



Recursos Adicionales

1 Vecinos Inc. Ciudad/Town: Sylvan Condado/County: Jackson, Swain, Macon, Transylvania Amy Schmidt (828) 399-0898	8 Piedmont Health Services Ciudad/Town: Prospect Hill & Moncure Condado/County: Caswell, Alamance, Chatham, Person, Orange, Randolph, Lee, Moore, Harnett
2 Blue Ridge Health Services Ciudad/Town: Spruce Pine Condado/County: Henderson Daniel Benavides (828) 691-1747	3 Toe River Health District Ciudad/Town: Henderson, NC Condado/County: Yancey, Madison, Rutherford Mitchell, McDowell Silvia Peterson (828) 208-0215
4 Good Samaritan Clinic Ciudad/Town: Morganton Condado/County: Burke, Cleveland, Lincoln, Catawba Christen Ramazzini (828) 448-9057 Office: (828) 212-4176	5 High Country Community Health Ciudad/Town: Boone Condado/County: Watauga, Avery, Caldwell Sabrina Nogo (828) 406-1856
6 Farmworker Health Program of Ashe & Alleghany Counties Ciudad/Town: Sparta Condado/County: Ashe, Alleghany Debra Truelock (336) 372-1704	10 NC Farmworkers Project Ciudad/Town: Benson Hornett, Sampson, Duplin Janeth Tapia (919) 915-9920
7 Surry County Health & Nutrition Center Ciudad/Town: Dobson Condado/County: Surry, Stokes, Yadkin Davie, Wilkes (336) 401-0399	11 Commwell Health Center Inc. Ciudad/Town: Newton Grove Condado/County: Sampson, Hornett, Johnston, Bladen, Pender Andrea Morales (910) 567-7177
12 Goshen Medical Center Ciudad/Town: Faision Condado/County: Duplin (910) 289-3086	13 Robeson Health Care Corp. Ciudad/Town: Pembroke & 13(a) Whiteville Condado/County: Robeson, Hoke, Scotland, Bladen, Richmond, Columbus, Brunswick Jose Miranda (910) 521-2816 (Pembroke) Guillermo Noguera (910) 207-6440 (Whiteville)
14 Pender County Health Dept. Ciudad/Town: Burgaw Condado/County: Pender,Sampson,Bladen,Duplin Natalie Hyatt (336) 257-6337	15 Greene County Health Care Ciudad/Town: Snow Hill, 15(a) Greenville & 15(b) Alliance Condado/County: Greene, Pitt, Wayne, Lenoir, Edgecombe, Pamlico, Martin, Craven, Beaufort, Carteret, Duplin, Wilson, Nash Steve Davis (252) 747-4078
16 Kinston Community Health Center Ciudad/Town: Kinston Condado/County: Lenoir, Jones, Duplin, Wayne, Greene, Pitt, Craven Brian Thomas (252) 522-4350 x106	17 Carolina Family Health Centers, Inc. Ciudad/Town: Wilson & 17(a) Elm City Condado/County: Nash, Wilson, Edgecombe Claudia Bolan (252) 243-9800 x263 18 Roanoke Chowan Community Health Center Ciudad/Town: Ahoskie Condado/County: Hertford, Gates, Northampton, Bertie Hector Justinlin (252) 287-8781
19 Gateway Community Health Centers, Inc. Ciudad/Town: Elizabeth City Condado/County: Pasquotank, Camden, Perquimans, Chowan, Currituck, Gates (252) 333-1047	20 Engelhard Medical Center Ciudad/Town: Engelhard Condado/County: Hyde Erica Monzon (252) 925-7000

North Carolina Farmworker Health Program (919) 527-6440 & North Carolina Community Health Center Association (919) 297-0066

updated 3/31/2015

Glosario Español-Inglés: Terminología Básica de Salud

toxicology	toxicología
toxoplasmosis	toxoplasmosis
toy	juguete
trachea	tráquea
trachoma	tracoma
tract	tracto
tractor	tractor
training	capacitación, adiestramiento, entrenamiento
tranquilizer	tranquilizante, calmante, sedante
transgender	transgénero
transmission	transmisión
transmission risk	riesgo de transmisión
transplant	transplante
transsexual	transexual
trapped	atrapado(a), acorralado(a)
trauma	trauma, traumatismo
traumating event	experiencia traumática / dolorosa
treatment	tratamiento
tremor	temblor, estremecimiento
trial	prueba, ensayo
trichina	triquina
trichinosis	triquinosis
trichomoniasis	tricomoniasis, vaginitis
triggers	provocadores, factores desencadenantes, causantes, disparadores, irritantes, accionadores
tripe	menudo, tripas, mondongo
triplet	trillizo
tropical disease	enfermedad tropical
tropical storm	tormenta tropical
trout	trucha
truck	camión, troca, troque
tsunami	tsunami, maremoto
tubal ligation	ligadura de trompas/ tubos, esterilización, operarse, salpingo
tuberculosis (TB)	tuberculosis, cascades, basca de sangre, consunción, delgadito, mal de mina, mal de pecho, tirisia, tisis, picado de pulmón
tularemia	tularemia, fiebre de conejo
tumor	tumor
tuna	atún
tuning fork	diapasón
turkey	pavo, guajolote, cócono
turnip	nabo
turtle	tortuga
tweezers	pinzas
twin (fraternal)	mellizo, cuate
twin (identical)	gemelo
twitch	sacudida nerviosa, tic nervioso
typhoid fever	fiebre tifoidea
typhus fever	tifus epidémico transmitido por piojos, tifus exantemático

U

ulcer	úlcera, llaga
ultrasound	ecografía, ultrasonido
ultraviolet	ultravioleta
umbilical band	faja, fajero, ombliguero
umbilical cord	cordón umbilical
unbearable	insopportable, intolerable
unconscious	inconsciente
unconsciousness	pérdida del conocimiento
under influence	bajo influencia
undercooked	poco cocido(a)
undescended testes	criptorquidia
uneasiness	inquietud
uneasy	inquieto(a)
unhappy	descontento(a), infeliz
unmotivated	no estar motivado(a), sin ganas
unprotected sex	sexo sin protección/ sin condón
unrest	desasosiego, inquietud, intranquilidad
unsalted	sin sal
unsaturated fats	sin grasas saturadas
unsweetened	sin azúcar / dulce
unwillingly	a las malas, de mala gana, a regañadientes
upset	indispuesto(a), molesto(a), ofendido(a), disgustado(a)
upsetting thoughts	pensamientos desagradables
urea	urea
uremia	uremia, hiperuremia, insuficiencia renal crónica
ureter	uréter, caño de la orina
urethra	uretra, canal
urethritis non gonoccal (UNG)	uretritis
urgent	urgente
uric acid	ácido úrico
urinal	orinal, pato
urinalysis	análisis de orina
urine	orina, pipí
urine sample	muestra de orina
urology	urología
urticaria	urticaria, engranamiento
useless	inútil, inservible
uterus	útero, matriz
UV rays	rayos ultravioleta
uvula	úvula, campanilla, galillo

V

vaccinate	vacunar, inocular
vaccination	vacunación
vaccine	vacuna
vagina	vagina, la parte íntima de la mujer
vaginal birth	parto natural/ vaginal
vaginal bleeding	sangramiento vaginal
vaginal discharge	flujo/ secreción vaginal
vaginal douche	lavado / ducha vaginal
vaginal orifice	orificio vaginal

vaginal sex	sexo vaginal
vaginitis	vaginitis
valve	válvula
varicella, chickenpox	varicela, viruela loca
varicose veins	várices, venas varicosas
vas deferens	conducto deferente
vasectomy	vasectomía, esterilización del hombre
vaseline	vaselina
vasoconstrictor	vasoconstrictor
vasodilator	vasodilatador
veal	ternera
vector	vector
vector control	control de vectores
vector-borne diseases	enfermedades transmitidas por vectores
vegetable	vegetal, verdura
vein	vena
venereal disease	enfermedad venérea, enfermedad secreta
venison	venado
vernix	vernix
vertebra	vértebra
vertigo	vértigo, vahído
vesicle	vesícula
veterinarian, vet	veterinario(a)
veterinary medicine	medicina veterinaria
via	vía, tracto, conducto
vial	frasco, ampolla
vibrio infections	infecciones por vibriones/ vibrio
victim	victima, damnificado(a)
violence	violencia
viral	viral
viral hemorrhagic fever	fiebre hemorrágica viral
viral infection	infección viral
viral load testing	prueba de carga viral
virgin	virgen
virginity	virginidad
virility	virilidad, potencia sexual
virology	virología
virulent	virulento(a)
virus	virus
viscera	víscera, entraña, menudencia
vision	visión, vista
visit	visita
visiting hours	horas de visita
vital	vital
vitamin	vitamina
vocal cords	cuerdas vocales
volatile	volátil
volatile organic compounds	compuestos orgánicos volátiles
volcanic eruption	erupción volcánica
volcano	volcán
vomit	vómito
vomiting	vomitar, volver / deponer del estómago, basca
vulnerability	vulnerabilidad
vulva	vulva
vulvitis	vulvitis

W

waist	cintura
waiter/waitress	camarero(a), mesero(a)
waiting room	sala de espera, vestíbulo
walk	caminar
war	guerra
ward	sala de hospital
ward nurse	enfermera de piso / planta
warning	advertencia, aviso
wart	verruga, grano
wash	lavar
washcloth	toallita de manos, paño de lavarse
washing	lavar
wasp	avispa
waste	desecho, desperdicio, residuo, basura
wastewater	agua residual
wastewater treatment	tratamiento de aguas residuales
water	agua
water-borne disease	enfermedad transmitida por el agua
water pill	diurético
water pollution	contaminación del agua
water quality	calidad del agua
water retention	retención de agua
water supply	abastecimiento de agua
water-associated disease	enfermedades causadas por el agua
water-base lubricant	lubricante a base de agua
watercress	berro
watering	regar, echar agua
watermelon	sandía, melón de agua, patilla
watery eyes	ojos llorosos
weak	débil, flojo, agotado, desganado, desguanzado
weakness	debilidad, flaqueza, falta de carácter
wean	destetar, dejar de dar el pecho, dejar de amamantar
weapon of mass destruction	arma de destrucción masiva
weapon	arma
weaponized	convertido(a) en arma
weevil	gorgojo
weight	peso
weight at birth	peso al nacer
weight gain	aumento de peso
weight loss	pérdida de peso
welder	soldador
welding	soldar
well-baby clinic	clínica del niño sano, consultorio de puericultura, consultorio para exámenes de rutina para niños
West Nile virus	virus del Oeste del Nilo
Western Blot test	prueba confirmatoria Western Blot
western equine encephalitis	encefalitis equina del oeste
wet diaper	pañal mojado/ orinado
wet wipes	toallitas/ pañitos húmedos
wet	mojado(a), húmedo(a)
wetlands	pantanosa
wheal	roncha

wheat	trigo
wheat flour	harina de trigo
wheat germ	germen de trigo
wheel chair	silla de ruedas
wheeze	silbido, pito, chillido, resuello
wheeze bronchitis	bronquitis sibilante / silbante
wheezing	respiración sibilante / silbante
whipping cream	crema para batir
white blood cells	glóbulos blancos
white bread	pan blanco
white corn	maíz blanco
whitening	blanqueamiento
whole grain	grano entero
whole wheat	trigo entero
whooping cough	tos ferina
wild berry	mora, zarzamora
wildfire	incendio forestal
willingly	a las buenas, por voluntad propia
window period	periodo de ventana
wine	vino
winter storm	tormenta invernal
winter	invierno
wisdom tooth	muela del juicio
withdrawal	supresión, retracción, privación, retirarse antes de eyacular, venirse afuera
withdrawal symptoms	síntomas de desintoxicación/ abstinencia, malilla
withdrawal treatment	tratamiento de desintoxicación
without or missing teeth	sin dientes, mueco, chimuelo
womb	matriz, útero
work	trabajo, empleo, ocupación
work clothes	ropa de trabajo, uniforme
worker	trabajador(a)
workplace hazards	peligros en el lugar de trabajo
worm	lombriz, gusano, parásito
worried	preocupado(a), apurado(a), inquieto(a)
worry	preocupación, aflicción
worthless	sin valor, no valer nada, despreciable
wound	herida, lesión
wrinkle	arruga
wrist	muñeca

X

xenophobia
x-ray room
x-rays

xenofobia
sala de rayos X
rayos X, radiografía, placa

Y

yam
yawn
yeast infection
yellow fever
yersiniosis
yoga
yogurt
yolk
young
youth

camote amarillo
bostezo, bostezar
hongos vaginales, levaduras
fiebre amarilla
yersiniosis
yoga
yogur
yema del huevo
joven, juvenil
juventud, mocedad

Z

zinc
zona
zoonoses
zucchini
zygoma
zygote

cinc, zinc
zona
zoonosis
calabacita, güicogito
cigoma
cigoto

GENERAL INSTRUCTIONS**INSTRUCCIONES GENERALES**

bend your knees	doble las rodillas
breathe quickly	respiré rápido
breathe slowly	respiré lento / despacio
collect and bring your urine of the previous 24 hours	acumule y traiga la orina de las últimas 24 horas
come with a full bladder	venga con la vejiga llena
come with an empty stomach	venga en ayunas
cough	tosca
extend your arms	extienda/ estire sus brazos
hold your breath	aguante la respiración
keep your eyes to the front	mire hacia el frente
lie down on the table	acuéstese sobre la mesa
lie on your side	acuéstese de medio lado
open your mouth	abra la boca
point where you feel the pain	señale/ apunte donde le duele
put on this gown	póngase esta bata
relax	relájese, afloje el cuerpo
say when you feel the pain	avise/ diga/ indique cuando sienta dolor
sit on the table	síntese sobre la mesa
stick your tongue out	saque la lengua
swallow	trague, pase saliva
take a deep breath	respiré profundo / hondo
take off all your clothes	desvístase por completo, quítense toda la ropa
turn face down	póngase boca abajo
turn face up	póngase boca arriba
undress from the waist up/ waist down	desvístase de la cintura para arriba/ cintura para abajo

INSTRUCTIONS ON TAKING MEDICATIONS**INSTRUCCIONES PARA TOMAR MEDICAMENTOS**

Take this medicine:

Tome esta medicina:

- ___ times a day
- every ___ hours
- dissolved in water
- when you get up in the morning
- before you go to bed
- before each meal
- with each meal
- after each meal
- every other day
- with plenty of water

- ___ veces al día
- cada ___ horas
- disuelta en agua
- al levantarse por la mañana
- antes de acostarse
- antes de cada comida
- con cada comida
- después de cada comida
- cada tercer día, un día sí y otro no
- con mucha agua

Inhale 1 puff by mouth

Inhale una bocanada

Inhale 1 puff nasally

Inhale una dosis por la nariz

Inhale 1 puff in each nostril

Inhale una dosis por cada fosa nasal

Instill 1 drop in each ear

Póngase una gota en cada oído

Instill 1 drop in each eye

Póngase una gota en cada ojo

Do not take this medication on an empty stomach

No tome esta medicina con el estómago vacío

This medication might cause drowsiness

Este medicamento puede causar somnolencia / sueño

Place one tablet under your tongue when you feel the pain

Coloque una tableta debajo de su lengua cuando sienta el dolor

Do not drink alcohol while taking this medication	No beba alcohol mientras esté tomando esta medicina
Do not expose yourself to direct sunlight while taking this medicine	No se exponga directamente al sol mientras esté tomando este medicamento
Make sure you finish all the medicine before you stop taking it	Asegúrese de terminar toda la medicina antes de dejar de tomarla
Keep it refrigerated	Manténgala refrigerada
Shake well before using	Agite bien antes de usar
For external use only	Para uso externo solamente
Apply topically	Aplique sólo en la parte afectada
Keep it out of reach of children	Manténgase fuera del alcance de los niños
Use as directed	Use según las indicaciones
teaspoonful	cucharadita
tablespoonful	cucharada

PERSONAL DATA**DATOS PERSONALES**

name	nombre
middle name	segundo nombre
last name	apellido
maiden name	apellido de soltera
gender:	sexo:
- male	- masculino
- female	- femenino
address	dirección, domicilio
city	ciudad
state	estado
zip code	zona postal
permanent address	dirección/ domicilio permanente
phone number	teléfono
home phone	teléfono de casa
cellular phone	teléfono celular
date of birth	fecha de nacimiento
place of birth	lugar de nacimiento
height	estatura, altura
weight	peso
ethnic group:	grupo étnico, raza:
-white	-blanco(a)
-Hispanic/ Latino	-hispano(a)/ latino(a)
-African American, black	-afro americano(a), negro(a)
-Native American	-nativo(a) americano(a)
-Pacific Islander	-de las islas del Pacífico
-Asian	-asiático(a)
primary language	idioma primario
social security number	número de seguro social
medical/health insurance	seguro médico/ de salud
policy	póliza
marital status:	estado civil:
- married	- casado(a)
- single	- soltero(a)
- divorced	- divorciado(a)
- widower	- viudo(a)
- living together	- unión libre
emergency contact	contacto en caso de emergencia
relationship	parentesco
occupation	ocupación, trabajo
place of work	lugar de trabajo

employer's name	nombre del empleador/ empresa/ patrón
work phone	teléfono del trabajo
monthly income	ingresos mensuales, cuánto gana por mes
family size	tamaño de la familia
household	casa, hogar
contact in case of emergency	contacto en caso de emergencia

MEDICAL HISTORY**HISTORIA MÉDICA**

Have you had any surgery?	¿Ha tenido alguna operación/ cirugía?
Other hospitalizations?	¿Alguna hospitalización?
Other serious illnesses?	¿Alguna enfermedad grave?
Other serious injuries?	¿Alguna herida grave?
Do you smoke?	¿Usted fuma?
Do you drink alcohol?	¿Usted bebe alcohol?
How much?	¿Cuánto?
How long?	¿Desde hace cuánto?
Do you have allergies?	¿Tiene alergias?

Medicines or drugs you are using now Medicinas o drogas que está usando actualmente

Have you ever had any of the following illnesses? (list) ¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? (listar)

Has any member of your family had any of the following illnesses? (list) ¿Algún miembro de su familia ha tenido alguna de estas enfermedades? (listar)

Where have you lived for most of your life? ¿Dónde ha vivido la mayor parte de su vida?

Do you have any of the following symptoms? (list) ¿Usted tiene alguno de estos síntomas? (listar)

Appendix D

Migrant Farmworker Health Literacy Workbook Sample Design

Tema: Haciendo Una Cita Con El Médico**¿Por qué llamar al médico?****Razones comunes de llamar al médico**

Fijar una cita	Estas enfermo y necesitas ver el médico
Confirmar una cita	Hacer una pregunta sobre la cuenta
Cambiar una cita	Pedir una renovación de su receta
Hacer una pregunta al médico	Hacer una pregunta a la enfermera
Pedir un volante médico	Harlar de una emergencia

Repasso de Vocabulario

La Palabra	Significado	El Uso en un Frase
El Volante Médico 	El formulario de permiso de ver otro medico	Necesito un volante medico de ver el médico.
La Factura 	Cantidad de pago por los servicios del médico.	Necesito pagar mi factura.
Receta 	Nota del médico para medicamentos.	Necesito una receta para mi dolor.
Renovación de la receta 	Nota del médico para más del mismo medicamento.	No tengo nada más del medicamento. Necesito una renovación de la receta.

Cosas que saber ANTES de llamar al consultorio

- ¿Por qué estas llamando?
- ¿Que son sus síntomas?
- ¿Quién es su doctor? (si procede)
- ¿Qué es su fecha de nacimiento?
- ¿Qué es su disponibilidad a ir al médico?
- ¿Qué es su número del seguro médico? (si procede)