

Por favor, rellene este cuestionario

الستبيان هذا ملء يرجى

Entiendo Español <input type="checkbox"/> وأنا أفهم الإسبانية	Entiendo Inglés <input type="checkbox"/> الإنجليزية اللغة أفهم أنا	Sólo entiendo Árabe <input type="checkbox"/> العربية اللغة أفهم
---	--	---

Deseo un medicamento para mí لنفسيدواء أريد

Deseo un medicamento para otra persona لأخر لشخصدواء أريد

Estoy embarazada حاملأنا

No estoy embarazada حاملستأنا

Tengo una enfermedad crónica: <input type="checkbox"/> مزمنمرضلدي	
Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> السكريمرض	Enfermedad Pulmonar <input type="checkbox"/> الرنئمرض
Enfermedad Estomacal <input type="checkbox"/> المعدةمرض	Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> الكلمرض
	Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> القلبمرض
	Alergia <input type="checkbox"/> الحساسية
	Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم
	Epilepsia <input type="checkbox"/> الصرع

Fumo regularmente أأدخن بانتظامأنا

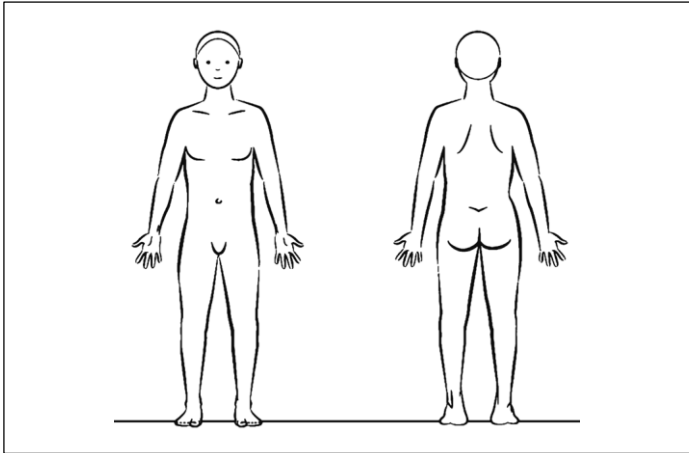
No fumo أأدخنأنا

Tomo un medicamento regularmente. Por favor tráigalo a la farmacia بانتظامالدواءأتناول. الصيدليةإلى إحضار هنرجو

Tomo medicamentos en raras ocasiones نادرالدواءأتناول

Tengo el siguiente problema para el cual me gustaría un medicamento لدي شكاوى وأرغب في دواء

Dolor <input type="checkbox"/> ألم	Dolor dental <input type="checkbox"/> أسنانوجع	Cefalea <input type="checkbox"/> صداع	Dolor de espalda <input type="checkbox"/> الظهرألم	Dolor estomacal <input type="checkbox"/> المعدةألم
Alergia <input type="checkbox"/> حساسية	Picazón <input type="checkbox"/> الحكة	Rinitis <input type="checkbox"/> زكام	Herida <input type="checkbox"/> جرح	Dolor de oídos <input type="checkbox"/> الأذنوجع
Tos seca <input type="checkbox"/> سعال	Dolor de garganta <input type="checkbox"/> الحلقفيا التهاب	Dermatitis <input type="checkbox"/> جلديمرض	Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> البلعيفيصعوبة	
Nauseas <input type="checkbox"/> غثيان	Vómito <input type="checkbox"/> قيء	Estreñimiento <input type="checkbox"/> إمساك	Diarrea <input type="checkbox"/> إسهال	Acidez gástrica <input type="checkbox"/> حرقة
Cólico menstrual <input type="checkbox"/> الحيضتشنجات		Insomnio <input type="checkbox"/> أرق	Enfermedad ocular <input type="checkbox"/> العينأمراض	



Por favor, indique la ubicación de sus molestias

شكواكمكانوصفيرجى

La molestia se inició: بدأت المشكلة

Menos de un día <input type="checkbox"/> أقل من يوم واحد	De uno a dos días <input type="checkbox"/> من يوم واحد إلى يومين	Más de dos días <input type="checkbox"/> أكثر من يومين
No tengo fiebre <input type="checkbox"/> ليس لدي أي حمى	Tengo un poco de fiebre <input type="checkbox"/> طفيفة حمى لدي	Tengo fiebre alta <input type="checkbox"/> الحرارةدرجةتغيرارتفاع لدي

La molestia ha sido informada al médico لقد سبق لي وان كلمت الطبيب علي مشاكلي

La molestia no ha sido informada al médico الطبيبعندتبتكوى بعد أتقدملم

Por favor, tómeme la presión يرجى قياس ضغط الدم

Necesito condones أحتاج الواقي الذكري

Gracias por visitar nuestra farmacia صيدليتنا الزياره لكم شكرا

Nombre y dirección de la farmacia وعنوان الصيدلية اسم

Hemos pedido los medicamentos para usted. Venga el día de mañana. لقد طلبنا لك الدواء غدا لتأخذه

El medicamento es gratis. الدواء قدم لك مجانا.

El costo del medicamento es €كم دفعت لشراء هذا الدواء €

Le recomendamos que vaya al médico. ننصحك بزيارة الطبيب

Por favor, vaya al médico si las molestias no han mejorado en dos días. قم بزيارة الطبيب اذا لم تشفى بعد يومين


Dirección de un médico cercano: عنوان الطبيب المجاور لك

Nombre del medicamento اسم الطبيب Fecha التاريخ

Usted recibirá un medicamento سوف تتلقى الدواء

Para la ingestión oral عن طريق الفم <input type="checkbox"/>	Para la aplicación sobre la piel أن يطبق على الجلد <input type="checkbox"/>
Para pulverizar en la nariz من الانف <input type="checkbox"/>	Para inhalación للاستنشاق <input type="checkbox"/>
Una gota en el ojo عن طريق العين <input type="checkbox"/>	Una gota en el oído في الأذن <input type="checkbox"/>
Para ingresar por el recto عن طريق الشرج <input type="checkbox"/>	Para que el médico coloque una inyección مع الطبيب <input type="checkbox"/>

تطبيقه / تأخذه كيف **Aplicación / Ingestión**

	Una vez al día مرة في اليوم <input type="checkbox"/>	Dos veces al día مرتين في اليوم <input type="checkbox"/>
	Tres veces al día 3 مرات باليوم <input type="checkbox"/>	Si es necesario عند الحاجة <input type="checkbox"/>
	Por la mañana صباحا <input type="checkbox"/>	En el almuerzo لا <input type="checkbox"/>
	Una [tableta/pastilla] حبة <input type="checkbox"/>	Por la noche في المساء <input type="checkbox"/>
30 minutos antes de la comida 30 دقيقة قبل الاكل <input type="checkbox"/>	Dos horas después de la comida 2 ساعة بعد الاكل <input type="checkbox"/>	
Con alimentos وسط الاكل <input type="checkbox"/>	En la mañana, antes el desayuno قبل فطور الصباح <input type="checkbox"/>	
Tome el medicamento con un vaso lleno de agua ياخذ بكاس من الماء <input type="checkbox"/>		
Pregunta a tu farmacéutico que te explique cómo se utiliza el medicamento اسال الصيدلي عن طريقة شرب هذا الدواء <input type="checkbox"/>		
Por favor, mantener el medicamento en un lugar fresco يحفظ في التلاجة <input type="checkbox"/>		
Asegurar de mantener el medicamento fuera del alcance de los niños يحفظ بعيدا عن الاطفال <input type="checkbox"/>		