Ejercicio de traducción 5 Nombre: Kathryn Atherton

|  |  |
| --- | --- |
| **CHILD HEALTH RECORD – HEAD START PRESCHOOL PROGRAM** |  |
| Child's Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sex:\_\_\_\_\_ Birthdate:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Person Interviewed:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Name of Interviewer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |
| **Pregnancy/Birth History** | **YES / NO** |
| 1. Did Mother have any health problems during this pregnancy or during delivery? |  |
| 2. Did mother visit physician fewer than two times during pregnacy? |  |
| 3. Was child born outside of a hospital? |  |
| 4. Was child born more than three weeks early or late? |  |
| 5. What was child's birth weight? |  |
| 6. Was anything wrong with child at birth? |  |
| 7. Was anything wrong with child in the nursery? |  |
| 8. Did child or mother stay in hospital for medical reasons longer than usual? |  |
| 9. Is mother pregnant now? |  |
| **Hospitalizations and illnesses** |  |
| 10. Has child ever been hospitalized or operated on? |  |
| 11. Has child ever had a serious accident (broken bones, head injuries, falls, burns, poisoning)? |  |
| 12. Has child ever had a serious illness? |  |
| **Health Problems** |  |
| 13. Does child have frequent \_\_sore throat, \_\_cough, \_\_urinary infections or trouble urinating, \_\_stomach pain, vomiting, diarrhea? |  |
| 14. Does child have difficulty seeing (squint, cross eyes, look closely at books)? |  |
| 15. Is child wearing (or supposed to wear) glasses? |  |
| 16. Does child have problems with ears/hearing (pain in ear, frequent earaches, discharge, rubbing or flvoring one ear? |  |
| 17. Have you ever noticed child scratching his/her behind while asleep? |  |
| 18. Has child ever had a convulsion or seizure? |  |
| Is Child taking medicine for seizures? |  |
| 19. Is child taking any other medicine now? (Special consent form must be signed for Head Start to administer any medication). |  |
| 20. Is child now being treated by a physician or a dentist? |  |
| 21. Has child had \_\_boils, \_\_chickenpox, \_\_eczema, \_\_german measles, \_\_mumps, \_\_scarlet fever, \_\_ whooping cough? |  |
| 22. Has child had \_\_hives, \_\_ polio? |  |
| 23. Has child had \_\_asthma, \_\_bleeding tencencies, \_\_diabetes, \_\_ epilepsy, \_\_heart, blood vessel disease, \_\_liver disease, \_\_rheumatic fever, \_\_sickle cell disease |  |
| 24. (If any 'yes' answers to questions 14,15,16,18,22 or 23 or 24) Do any of the conditions we've talked about so far, get in the way of the child's everday activities? Did a doctor or other health professonal tell you the child has this problem? |  |
| 25. Are there any conditions we haven't talked about that get in the way of the child's everyday activities? Did a doctor or any other health professional tell you the child had this problem? |  |
|  |  |

1. Tipo de texto: documento
2. Extensión aproximada: una pagina
3. Tiempo aproximado de traducción: 1 hora /Tiempo real: 1 hora, 9 minutos, 52 segundos
4. Vocabulario básico (marcado en el texto en la primera lectura)

child: infantil (adjetivo)

head start: ventaja

preschool: preescolar

child: criatura (sustantivo)

birthdate: fecha de nacimiento

Interviewee: entrevistado

Interviewer: entrevistador

Pregnancy: embarazo

Birth: parto

Weigh: pesar

Nursery: guardería

Hospitalizations: Hospitalizaciones

Hospitalized: hospitalizado

Operated on: operado

Injury: herida

Falls: caídas

Poisonings: intoxicaciones

Sore throat: dolor de garganta

Urinary infections: infecciones urinarias

Vomiting: vómito

Diarrhea: diarrea

Squint: estrabismo

Cross-eyed: bizco

Ears: oídos

Ear infection: otalgia

Discharge: secreción

Rubbing: masaje

Scratching: rascar

Behind: trasero

Seizure: ataque epiléptico

Consent: consentimiento

Boils: forúnculos

Chickenpox: varicela

German measles: rubeola

Mumps: paperas

Scarlet Fever: escarlatina

Whooping cough: tos convulsa

Hives: colmenas

Bleeding tendencies: tendencias de sangriento

Blood vessel: vaso sanguíneo

Liver: hígado

Rheumatic fever: fiebre reumática

Sickle cell: célula falciforme

Get in the way of: Estorbar

1. Traducción borrador:

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRO DE SALUD INFANTIL – PROGRAMA DE VENTAJA DEL PREESCOLAR** |  |
| Nombre de la Criatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo:\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Entrevistado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Nombre del entrevistador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Título:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |
| **Embarazo/Historia del parto** | **SÍ / NO** |
| 1. ¿Tenía la madre problemas de salud durante el embarazo o durante el parto? |  |
| 2. ¿Visitó al doctor la madre menos de dos veces durante el embarazo? |  |
| 3. ¿Nació la criatura afuera del hospital? |  |
| 4. ¿Nació la criatura más de tres semanas temprano o tarde? |  |
| 5. ¿Cuánto pesó la criatura en nacimiento? |  |
| 6. ¿Había algo equivocado con la criatura en nacimiento? |  |
| 7. ¿Había algo equivocado con la criatura en la guardería? |  |
| 8. ¿Quedó en hospital la madre por razones médicos por más tiempo que usual? |  |
| 9. ¿Está embarazada la madre actualmente? |  |
| **Hospitalizaciones y enfermedades** |  |
| 10. ¿Fue hospitalizado o operado la criatura? |  |
| 11. ¿Ha tenido accidente serio (como huesos rotos, herida de cabeza, caídas, quemas, o intoxicaciones) la criatura? |  |
| 12. ¿Ha tenido enfermedad seria la criatura? |  |
| **Problemas de salud** |  |
| 13. ¿Tiene la criatura frecuente \_\_ dolor de garganta, \_\_ tos, \_\_ infecciones urinarias, \_\_ dolor de estomago, \_\_ vómito, o \_\_ diarrea? |  |
| 14. ¿Tiene la criatura dificultad en ver (estrabismo, bizco, ver cerca a libros)? |  |
| 15.¿Lleva (o debe llevar) gafas la criatura? |  |
| 16. ¿Tiene la criatura problemas con oídos/oyendo (dolor de oído, otalgia frecuente, secreción, masaje o favor a un oído)? |  |
| 17. ¿Ha visto a la criatura rasca su trasero cuando está durmiendo? |  |
| 18. ¿Ha tenido la criatura una convulsión o un ataque epiléptico? |  |
| 19. ¿Está tomando la criatura medicina para ataques epilepticos? |  |
| 20. ¿Está tomando la criatura otras medicinas actualmente? (Un documento especial de consentimiento debe estar firmado para que Ventaja administra algunas medicinas). |  |
| 21. ¿Un doctor o dentista trata a la criatura actualmente? |  |
| 22. ¿Ha tenido la criatura \_\_ forúnculos, \_\_ varicela, \_\_ eczema, \_\_ rubeola, \_\_ paperas, \_\_escarlatina, \_\_ tos convulsa? |  |
| 23. ¿Ha tenido la criatura \_\_ colmenas, \_\_ polio? |  |
| 24. ¿Ha tenido la criatura \_\_ asma, \_\_ tendencias de sangriento, \_\_ diabetes, \_\_ epilepsia, \_\_ enfermedad de corazón o vaso sanguíneo, \_\_ enfermedad de hígado, \_\_ fiebre reumática, \_\_ enfermedad de célula falciforme? |  |
| 25. (Si algunas de las respuestas para las preguntas 14,15,16,18,22 or 23 or 24 son sí) ¿Estorban las condiciones de que ya hemos hablado las actividades diarias de la criatura? ¿Un doctor o otro profesional de la salud le dijo que la criatura tiene este problema? |  |
| 26. ¿Hay otras condiciones de que no hemos hablado que estorben las actividades diarios de la criatura? ¿Un doctor o otro profesional de la salud le dijo que la criatura tiene este problema? |  |

1. Problemas adicionales (si los hay, aquellos que no aparecieron a primera vista sino al escribir la traducción)

PROGRAMA ~~DE VENTAJA DEL~~ PREESCOLAR **HEAD START**

Nombre **completa** de

~~la Criatura~~ el niño

~~Embarazo/~~Historia del **embarazo/**parto

~~Tenía~~ Tuvo

**algún** problema~~s~~

~~Visitó~~ fue

~~al doctor~~ la madre al médico

pes~~ó~~aba

en **el** nacimiento

~~equivocado~~ mal

~~guardería~~ nursery

~~que~~ de usual

~~o~~ u operado

niño **alguna vez**?

niño **un** accidente ~~serio~~ grave

~~como~~ huesos rotos

herida**s** ~~de~~ en la cabeza

quema**dura**s

~~intoxicaciones~~ envenenamiento

~~Tiene~~ ha tenido

frecuente**s**

infecciones urinarias **o problemas para orinar**

dificultad ~~en~~ para ver

**es** bizco

~~ver~~ **mira de** cerca ~~a~~  los libros

(o debe**ría** llevar)

con oídos/~~oyendo~~ para oir

dolor ~~de~~ en oído

~~otalgia~~ dolor de oído frecuente

~~masaje~~ se frota o favor**ece** un oído

~~otras medicinas~~ otros medicamentos

~~documento~~ formulario

debe ~~esta~~**se**r firmado

administr~~a~~**e**

**Está** Trata**ndo**

~~colmenas~~ urticarias

enfermedad de**l** hígado

~~enfermedad de célula falciforme~~ anemia

Si ~~algunas de las respuestas para~~ **respondio sí en**

~~Estorban las condiciones~~ **algunas de las enfermedades de que ya hemos hablado interfieran en**

1. Traducción corregida

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRO DE SALUD INFANTIL – PROGRAMA PREESCOLAR HEAD START** |  |
| Nombre completa del niño:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo:\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Entrevistado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Nombre del entrevistador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Título:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |
| **Historia del embarazo/parto** | **SÍ / NO** |
| 1. ¿Tuvo la madre algún problema de salud durante el embarazo o durante el parto? |  |
| 2. ¿Fue la madre al médico menos de dos veces durante el embarazo? |  |
| 3. ¿Nació el niño afuera del hospital? |  |
| 4. ¿Nació el niño más de tres semanas temprano o tarde? |  |
| 5. ¿Cuánto pesaba el niño en el nacimiento? |  |
| 6. ¿Había algo mal con el niño en el nacimiento? |  |
| 7. ¿Había algo mal con el niño en la nursery? |  |
| 8. ¿Se quedó el niño o la madre en hospital por razones médicas por más tiempo de usual? |  |
| 9. ¿Está embarazada la madre actualmente? |  |
| **Hospitalizaciones y enfermedades** |  |
| 10. ¿Fue hospitalizado u operado el niño alguna vez? |  |
| 11. ¿Ha tenido el niño un accidente grave (huesos rotos, heridas en la cabeza, caídas, quemaduras, o envenenamiento) alguna vez? |  |
| 12. ¿Ha tenido el niño enfermedad grave alguna vez? |  |
| **Problemas de salud** |  |
| 13. ¿Ha tenido el niño frecuentes \_\_ dolor de garganta, \_\_ tos, \_\_ infecciones urinarias, \_\_ dolor de estomago, \_\_ vómito, o \_\_ diarrea? |  |
| 14. ¿Tiene el niño dificultad para ver (estrabismo, es bizco, mira de cerca los libros)? |  |
| 15.¿Lleva (o debería llevar) el niño gafas? |  |
| 16. ¿Tiene el niño problemas con oídos/para oir (dolor en oído, dolor de oído frecuente, secreción, se frota o favorece un oído)? |  |
| 17. ¿Ha visto al niño rasca su trasero cuando está durmiendo? |  |
| 18. ¿Ha tenido el niño una convulsión o un ataque epiléptico? |  |
| 19. ¿Está tomando el niño medicina para ataques epilepticos? |  |
| 20. ¿Está tomando el niño otros medicamentos actualmente? (Un formulario especial de consentimiento debe ser firmado para que Head Start administre algunos medicamentos). |  |
| 21. ¿Está tratando un doctor o dentista al niño actualmente? |  |
| 22. ¿Ha tenido el niño \_\_ forúnculos, \_\_ varicela, \_\_ eczema, \_\_ rubeola, \_\_ paperas, \_\_escarlatina, \_\_ tos convulsa? |  |
| 23. ¿Ha tenido el niño \_\_ urticarias, \_\_ polio? |  |
| 24. ¿Ha tenido el niño \_\_ asma, \_\_ tendencias de sangriento, \_\_ diabetes, \_\_ epilepsia, \_\_ enfermedad de corazón o vaso sanguíneo, \_\_ enfermedad del hígado, \_\_ fiebre reumática, \_\_ anemia? |  |
| 25. (Si respondió sí en las preguntas 14,15,16,18,22 o 23 o 24 son sí) ¿Algunas de las enfermedades de que ya hemos hablado interfieran en las actividades diarias del niño? ¿Un doctor o otro profesional de la salud le dijo que el niño tiene este problema? |  |
| 26. ¿Hay otras enfermedades de que no hemos hablado que interfieren las actividades diarios del niño? ¿Un doctor o otro profesional de la salud le dijo que el niño tiene este problema? |  |