

THE PROCESS OF PROFESSIONAL TRANSLATION

Veronica Chavez, Sophia Holt, Suresh Portillo,
Alejandra Pulgarín, Makayla Tjernagel

Modern Foreign Language Department

ABSTRACT

The process of translating this dental document for a local children’s dentist’s clinic in Sioux Center is time-consuming and very researched-based. The critical element of this research involves researching specific dental and medical terms from Spanish-speaking sources, be it dental offices in Latin America and Spain or from professional translation sites. As a Translation 3 class, we were approached by a Northwestern alumnus who is practicing dentistry and opening her own dental clinic to request that we translate her dental clinic’s policies and agreements for her Hispanic patients. As a class, we undertook the task of translating the alumnus’ documents over the course of two weeks. To do so we would come together as a class to analyze our individual sections of the documents, as well as receive feedback from two certified translators. At the core of this research is the passion aspiring translators have for bridging language gaps through serving the community and embarking on a communal journey into the medical field within the purview of dentistry.

PROCESS

Translators may take different routes as the go about the process of completing and revising a translation. For example, the document below is a portion of one translator’s second draft. She bolded each of the terms or phrases about which she was unsure and wanted clarification or more opinions from other translators. After the term or phrase was discussed, she changed the text to be red, in order to remember that the term or phrase had been agreed upon.

NORMAS Y ACUERDOS DEL CONSULTORIO

ACUERDO PARENTAL

Se invita a los padres a acompañar a su hijo/a al área/la zona de tratamiento durante la evaluación inicial, lo cual le ofrece a usted la oportunidad de ver al equipo dental en acción/observar el equipo dental/ver como trabaja el equipo dental y le da a la doctora la oportunidad de conversar de conclusiones dentales y las necesidades de tratamiento directamente con usted. Si **acompañar (grammar?)** a su hijo/a le pedimos que observe en silencio. Si **deambular/estar en papel pavesa, su presencia es mucho mejor.** Si más de una persona habla al niño/a, **quién se confundió el niño/a.** Hay que establecer la cooperación y la confianza directamente entre la doctora y el personal y a hijo/a, no a través de su persona/usted.

En las citas posteriores, alentamos a los niños/as que vayan solos a la sala de tratamiento porque esto incrementa la autonomía y la confianza. Sin embargo, tenemos una "política de visitas virtuales" Como el padre/ /cuidador no profesional, se invita **usted cordialmente a venir al área de tratamiento** durante el tratamiento de su hijo. Le volvemos a pedir que **observe en silencio.** Los niños que tienen miedo pueden buscar un escape o fingir/actuar... **[add something]... para sus padres.** De lo contrario, le pedimos que respete la opinión profesional de la Dra. Kaitlin. Si ella decide que el niño/individuo **(endings though?)** se beneficiaría de que usted se quede o en silencio de inmediato. Nuestra meta es facilitar un canal/línea de comunicación más abierta/entre el niño y el doctor.

A continuación, se encuentra una breve explicación de algunos de los métodos que usamos para guiar la conducta/el comportamiento de su hijo proporcionar una experiencia en el consultorio dental positiva (order of adjectives). Se basan estas técnicas en los principios científicos de la American Academy of Pediatric Dentistry. Ya que cada niño es único, ninguna lista puede ser **absolutamente completa** por lo tanto se puede explicar otros métodos cuando sea necesario.

Decir, mostrar, hacer: Esto es el método más importante para enseñar al niño. Se le dirá a su hijo en términos sencillos lo que se hará. Después, le mostraremos y finalmente **vallaremos al procedimiento.**

Las imágenes (p): Les decimos a los niños en términos sencillos y lúdicos/juguetes/entretendidos lo que se hará. Por ejemplo, una **examinación dental se transforma en una actividad de "mirar y contar los dientes"**. Lo alentamos que use estos términos cuando habla a su hijo sobre sus experiencias en el consultorio dental. Nunca usamos las palabras (ni) **inyección, (ni) aguja,** etc. pero en cambio decimos algo para **dominar y ponerle a dominar los dientes.**

La distracción: A veces es necesario distraer a su hijo de una sensación desagradable por concentrar sus pensamientos en algo aparte de lo que lo que se hace.

El refuerzo positivo: Esto es una técnica que se usa para reforzar el buen comportamiento/la buena conducta por elegir a su hijo o proveer una recompensa después de una respuesta deseada con la esperanza de promover los valores de buena conducta continuada.

La comunicación no verbal: Se guía la conducta por el **contacto,** la postura y la expresión facial apropiada(ost).

(BIENVENIDO A NUESTRO CONSULTORIO)

Estamos encantados de que haya elegido Children’s Dental Centre para las necesidades dentales de su hijo/a. La Dra. Kaitlin se compromete a proporcionar el mejor cuidado dental posible a su hijo/a, asegurando que cada niño tenga una experiencia positiva y divertida mientras aprende a cuidar su propia salud bucal. Nuestro personal hace mucho hincapié en desarrollar buenos hábitos de higiene bucal en su hijo/a para que el deterioro dental pueda prevenirse de por vida.

Nuestro personal entiende que las visitas al dentista pueden ser alarmantes y promete hacer todo lo posible para que la experiencia de su hijo/a en el consultorio sea lo más agradable posible. Puede decirle a su hijo/a que la Dra. Kaitlin y su personal le explicarán todo y estarán encantados de responder cualquier pregunta. Aquí en Children’s Dental Centre, tenemos experiencia en trabajar con niños que padecen de ansiedad y podemos explicar los procedimientos del tratamiento de una manera positiva y agradable. Según la edad de su hijo/a y sus deseos, puede esperar lo siguiente en su primera cita:

Examen del bebé/niño: Junto con la American Academy of Pediatric Dentistry, recomendamos que la primera consulta dental de su hijo/a sea programada alrededor de su primer cumpleaños. Durante el examen del niño, revisaremos el historial médico y dental, analizaremos las técnicas de higiene bucal, le daremos la exposición al fluor. La Dra. Kaitlin examinará la boca de su hijo/a y establecerá un programa preventivo junto con usted y su hijo/a.

Examen limitado para el nuevo paciente: Si busca atención por un problema específico, la Dra. Kaitlin revisará la historia clínica y dental y realizará un examen de ese problema en particular.

Examen integral para el nuevo paciente: si espera recibir atención dental de rutina en nuestro consultorio, revisaremos el historial médico y dental de su hijo/a, completaremos un examen integral y discutiremos los resultados y las necesidades de tratamiento.

* En cualquiera de estas citas, discutiremos con usted los beneficios de realizar una limpieza, un baño de fluor y radiografías si la Dra. Kaitlin lo considera necesario. *

Derivación: si su hijo/a fue derivado/a al Children’s Dental Centre para recibir tratamiento, es muy probable que tenga que regresar a nuestro consultorio al menos dos veces. La primera cita incluirá el tiempo para reunirse con su hijo/a y luego realizar un examen para determinar sus necesidades exactas de tratamiento y la mejor manera de administrarlo. Una vez completado el examen inicial, le pediremos que regrese a nuestro consultorio otro día para comenzar el tratamiento necesario.

Una de las claves más importantes para una consulta dental exitosa es dar tiempo suficiente para explicarle a su hijo/a lo que sucederá de una manera que él/ella pueda entender. Aunque sabemos que a veces se va en silencio, sin embargo, aprenderse al tratamiento es una de las razones principales para tener una consulta no satisfactoria.

Si tiene inquietudes específicas, no dude en comunicarse con los miembros del personal de Children’s Dental Centre para hablar sobre las mismas antes de su consulta.

Si **Si No /Fuerte presente, lo cual requiere premedicación antibiótica**

Por favor, complete los formularios mencionados ANTES de la cita de su hijo/a. Entónces, bringe todos los documentos con usted el día de la consulta con la Dra. Kaitlin, para que su consulta pueda comenzar de inmediato. Complete los formularios de Registro del paciente, Historial médico e Historial dental en línea. Si tiene alguna pregunta sobre la información adjunta, comuníquese con Children’s Dental Centre en cualquier momento al 712.722.5565. (Escribamos concierlos a usted y a su hijo/a)

-Dra. Kaitlin y el equipo de Children’s Dental Centre-

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Nombre de la persona que completa el formulario: _____ Relación con el paciente: _____
Razón de la visita: Recibir atención (nuevo paciente) | Emergencia | Derivado por: _____ | Otro: _____

Alergias

Si / No Favor de seleccionar las que correspondan:

- Aspirina
- Acetaminofen (Tylenol)
- Ibuprofeno (Advil)
- Látex
- Metales
- Anestésicos dentales
- Antibióticos (ej. penicilina, amoxicilina, cefalosporina, eritromicina, etc.)
- Otro: _____ Favor de explicar los síntomas de la reacción: _____

Inmunizaciones

Si / No Inmunizaciones actualizadas Si no, favor de explicar: _____

Historial médico: (¿tubo (o ha sufrido) su niño/a de alguno de estos padecimientos?) Favor de seleccionar todos los que correspondan.

- Ningún niño/a está saludable

<input type="checkbox"/> Reacción alérgica a: cruda _____	<input type="checkbox"/> Signo cardíaco, infección _____
<input type="checkbox"/> TDAH (ADHD), por sus siglas en inglés _____	<input type="checkbox"/> Defecto cardíaco – tipo _____
<input type="checkbox"/> SIDA/VIH _____	<input type="checkbox"/> No requirió reparación/ Fecha de la reparación: _____
<input type="checkbox"/> Anemia _____	<input type="checkbox"/> Si / No (El defecto requiere premedicación antibiótica?) _____
<input type="checkbox"/> Asma – leve / moderada / severa _____	<input type="checkbox"/> Hepatitis – Tipo A / B / C _____
Fecha del último uso del inhalador: _____	<input type="checkbox"/> Retraso intelectual – leve, moderado, severo _____
Causado por: _____	<input type="checkbox"/> Urticaria brodie – alta, úlcera de herpes simple, u otras úlceras bucales _____
<input type="checkbox"/> Autismo – leve / moderado / severo _____	<input type="checkbox"/> Frecuencia epiléptica / mensual / semanal _____
Trastorno hemorrágico (ej. hemofilia, vWD) _____	<input type="checkbox"/> Trastorno Obsesivo Compulsivo (siglas inglesas OCD) _____
Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Trastorno Negativista Desafiante (siglas inglesas ODD) _____
Trasfusión sanguínea – fecha: _____	<input type="checkbox"/> Otras discapacidades o síndrome _____
Presión arterial – alta _____ baja _____	<input type="checkbox"/> Describal/haga una lista _____
Cáncer – tipo: _____	<input type="checkbox"/> Embarazo (múltiples) _____
Fecha de diagnóstico: _____	<input type="checkbox"/> Parto prematuro – edad gestacional al momento del parto: _____ semanas _____
En terapia _____ En remisión _____	<input type="checkbox"/> Convulsiones (ej. epilepsia) _____
<input type="checkbox"/> Si / No Fuerte presente, lo cual requiere premedicación antibiótica	<input type="checkbox"/> Fecha de las últimas convulsiones: _____
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral – leve, moderado, severo _____	<input type="checkbox"/> Quimioterapia o radioterapia: _____, Previa _____, Después _____
<input type="checkbox"/> Quemaduras o Radioterapia: _____, Previa _____, Después _____	<input type="checkbox"/> Frecuencia de las convulsiones: _____
Fecha(s) de tratamiento: _____	<input type="checkbox"/> Anemia feritiforme (dysprocytic) _____
<input type="checkbox"/> Labio leporino o paladar hendido _____	<input type="checkbox"/> Alergia estacional _____
<input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo – leve, moderado, severo _____	<input type="checkbox"/> Dieta especial – favor de explicar: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo I o Tipo II _____	<input type="checkbox"/> Alimentado(a) por "tube" (Si de ingesta de nutrientes por "tube" _____
<input type="checkbox"/> HBA1c más reciente: _____ Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Retraso del habla – leve / moderado / severo _____
	<input type="checkbox"/> Tabaco – usa / usa _____
	<input type="checkbox"/> Uso de tabaco _____
	<input type="checkbox"/> Trauma previo en la cabeza/la cara _____

