

SALUD & BIENESTAR-CUESTIONARIO DE SALUD			
Departamento de Salud & Bienestar de San Luis Obispo		☐ DAS 2180 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401 Phone: (805) 781-4275 FAX (805) 781-1227	☐ MH 2178 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401 Phone: (800) 838-1381 FAX (805) 781-1177
Proveedores de Servicios Médicos:			
Marque cualquiera de los servicios que ha recibido o ha recibido en los últimos 5 años			
☐ Community Health Center (CHC) ☐ Médico comunitario privado ☐ Sala de emergencia del hospital ☐ Centro de atención urgente ☐ Servicios de manejo del dolor ☐ Medicina Especial (i.e., Neurología, Cardiología, Endocrinología) ☐ Dentista ☐ Clínicas de Metadona			
Información General de Salud			
1. Fecha de la última vez que vio a un médico/enfermera practicante/ asistente médico:		2. ¿Cuál fue el propósito de la visita?	
3. Fecha de su último examen físico?			
4.	¿Cuántas veces has visitado un servicio de urgencias en los últimos 30 días?		
5.	¿Cuántas veces en los últimos 30 días, te has quedado en un hospital por problemas de salud física?		
6.	¿Cuántos días en los últimos 30 días, has experimentado problemas de salud física?		
7. ☐ Si ☐ No ¿Alguna vez has tenido cirugía? En caso que sí, indique las cirugía:			
8. ☐ Si ☐ No ¿Tiene alguna historia de cualquier otra enfermedad que pueda requerir atención médica frecuente? En caso que si, porfavor denos detalles:			
Alergias			
9. ☐ Si ☐ No ¿Tiene alergias? En caso que si, anote abajo sus alergias y su reacción (es decir, erupción de piel, anafilaxia, etc.)			
Alergias a medicamentos:			
Alergia a comida-			
Otras alergias (animales, productos químicos , etc.):			
Medicamentos			
10. Por favor de provenir lista de medicamentos con receta y medicamentos de venta libre (vitaminas, suplementos alimentarios, Tylenol, Tums, ect.) que usted toma con regularidad (Si necesita más espacio, agregue otra hoja)			
Nombre de Medicamento	Dosis	Frecuencia	Nombre del Médico
11. ¿Cuál farmacia utiliza?			
12. ¿Está experimentando cualquiera de los siguientes síntomas?			
Si No ☐ ☐ Hinchazón de los tobillos ☐ ☐ Coloración amarillenta de la piel (ictericia) ☐ ☐ Problemas nasales (sinusitis) ☐ ☐ Problemas de sangrado-moretones con facilidad ☐ ☐ Dolor o rigidez en las articulaciones ☐ ☐ Dificultad para tragar ☐ ☐ Dolor en el pecho (angina) ☐ ☐ Acidez estomacal o dolores abdominales ☐ ☐ Sed excesiva ☐ ☐ Tos; persistente o con sangre ☐ ☐ Dolor de espalda crónico ☐ ☐ Dientes o problemas las encías ☐ ☐ Náuseas y Vómito ☐ ☐ Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces ☐ ☐ Mareos o desmayos ☐ ☐ Micción frecuente o con sangre ☐ ☐ Erupciones ☐ ☐ Vision- borrosa o visión doble ☐ ☐ Fiebre		Si No ☐ ☐ Convulsiones ☐ ☐ Dolores de cabeza ☐ ☐ Ganancia o pérdida de peso recientemente ☐ ☐ Dificultad para respirar ☐ ☐ Transfusión de sangre ☐ ☐ Artritis ☐ ☐ Derrame Cerebral -Si es asi, de detalles: _____ ☐ ☐ Alta presión ☐ ☐ Baja presión ☐ ☐ Articulaciones artificiales ☐ ☐ Lesión en la cabeza-Si es asi, de detalles: _____ ☐ ☐ Cáncer ☐ ☐ Quimioterapia/radiación ☐ ☐ Diabetes ☐ ☐ Asma, enfisema o bronquitis cónica ☐ ☐ Anemia ☐ ☐ Ataque cardíaco o problema cardíaco: en caso que si, de detalles: _____	
NOMBRE DEL CLIENTE:		NÚMERO DE CLIENTE:	

13. Sólo Para Mujeres				
Si ☐ No ☐ ¿Embarazada? Fecha para dar a luz _____ ☐ ☐ ¿Lactancia? ☐ ☐ ¿Ha tenido perdida involuntaria o abortos? Si es así, de detalles _____ ☐ ☐ ¿Tiene períodos difíciles? Si es así, de detalles: _____ Fecha del último período : _____		Si ☐ No ☐ ¿A experimentado abuso doméstico? ☐ ☐ ¿Tiene dolor durante la relación sexual? ☐ ☐ ¿Mamografía abnormal o tumor? fecha : _____ ☐ ☐ ¿Papanicolaou abnormal ? Si es así de detalles y fecha: _____ Fecha del último examen ginecológico: _____		
Enfermedades Transmisibles				
14. ☐ Si ☐ No ¿Ha tenido prueba de tuberculosis? (Tuberculosis) 15. ☐ Si ☐ No Si → ¿A tenido una prueba positiva de tuberculosis? → Fecha de la última prueba de TB o rayos x del pecho: _____				
16. ☐ Si ☐ No ¿Ha tenido una diagnosis de Hepatitis C ? Fecha de la última prueba: _____ 17. ☐ Si ☐ No ¿Ha tenido una diagnosis por cualquier otra enfermedad del hígado? Especifique: _____				
18. ☐ Si ☐ No ¿Ha tendio una diagnosis de una enfermedad de transmisión sexual? (ETS)? 19. ☐ Si ☐ No ¿A recibido tratamiento?			¿Fecha de la última prueba de ETS?	
20. ☐ Si ☐ No ¿Ha hecho la prueba del VIH? 21. ☐ Si ☐ No ¿Recibió el resultado de la prueba? →			Fecha de la última prueba del VIH:	
Salud Mental				
22. ☐ Si ☐ No ¿Alguna vez fue diagnosticado con un trastorno mental? ¿Cuál fue su diagnosis? 23. ☐ Si ☐ No ¿Fué tratado? En caso que sí, de detalles:				
24. ☐ Si ☐ No ¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha recibido servicios de emergencia para salud mental?				
25. ☐ Si ☐ No ¿En los últimos 30 días, se ha quedado 24 horas o más en un hospital psiquiátrico de salud mental?				
26. ☐ Si ☐ No En los últimos 30 días, ¿ha tomado medicamentos de prescripción para el uso de salud mental? Incluya medicamentos para la ansiedad:				
27. ☐ Si ☐ No ¿Intentos previos de suicidio?		28. Fecha de más reciente intento:		29. ¿Cuántos intentos en su vida?
Alcohol y Otras Drogas				
30. ¿Utiliza alguna de las siguientes sustancias y con qué frecuencia ?		Diario	Seguido	A veces
Alcohol →				
Drogas →				
31. ☐ Si ☐ No ¿Alguna vez se ha inyectado drogas? 32. ☐ Si ☐ No ¿Ha compartido agujas con otros? 33. ☐ Si ☐ No ¿A intercambiando algodón?				
34. ☐ Si ☐ No ¿ Cuántos días en los últimos 30 días se ha inyectado drogas?		¿Última vez que se inyectó?		
35. ☐ Si ☐ No ¿Ha utilizado jeringas o aujas que fueron proveidas por el condado de San Luis Obispo?				
36. ☐ Si ☐ No ¿Usted siente que se le esta bajando el efecto de una sustancia? Si es asi, cual sustancia?				
37. ☐ Si ☐ No ¿Tiene convulsiones, delirio tembloroso? Si es asi de detalles:				
38. ☐ Si ☐ No ¿Alguna vez ha perdido el conocimiento? Si es asi de detalles:				
39. ☐ Si ☐ No ¿Ha perdido el sentido? En caso, ¿cuántas veces y con qué frecuencia ?				
40. ☐ Si ☐ No ¿Usted actualmente fuma o injiere marihuana ? → ☐ Si ☐ No ¿Tiene una tarjeta de marihuana médica?			Fecha de la última vez que injirió marihuana:	
41. Si ☐ No ☐ ¿Alguna vez ha tenido una sobredosis de alcohol u otras drogas?			Si es asi, de detalles:	
A lo mejor de mi conocimiento la información anterior es exacta y verdadera y voy a informar a mi proveedor de cambios en mi salud o medicamentos:				
Firma del cliente:			Fecha:	
Firma del personal:			Fecha:	
NOMBRE DEL CLIENTE:			NÚMERO DE CLIENTE:	