

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