

## BEHAVIORAL HEALTH-HEALTH QUESTIONNAIRE

San Luis Obispo Behavioral Health Department

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 Médicos: Medical Providers

**Marque los proveedores con quien ha recibido servicios entre los últimos 5 años.**  
Check any of the providers listed below you currently receive services from or have received from in the last 5 years.

- Centro de Salud Comunitario (CHC)   
  Centro de Cuidado Urgente Urgent Care   
  Dentista Dentist   
  Doctor privado Private Dr.  
 Tratamiento del dolor (pain management)   
  Clínica de Metadona   
  Sala de emergencia en el hospital ER  
 Especialista (i.e. Inmunización, Neurólogo, Cardiología, Endocrinología) (Medical specialsit)

### Información general de la salud General Health Information

1. Fecha de la última cita con el doctor? Date you last saw a dr.?     
 2. ¿Cuál era el propósito de la cita? Purpose     
 3. ¿Fecha de su último examen físico? Date last phys.

4. ¿Cuántas veces ha visitado una sala de emergencias en los últimos 30 días? # times visited ER in past 30 days?

5. ¿Cuántas veces en los últimos 30 días se ha quedado en el hospital por razones de problemas de salud física? # days past 30 stayed overnight in Hosp. for phy.l health prob.?

6. ¿Cuántos días ha tenido problemas con su salud física? # days in past 30 experienced physical health problems?

7. ¿Le han operado?  No  Sí Si ha marcado "sí", indique cuales operaciones: Ever had surgery? Details

8. ¿Ud. puede hacer actividades de la vida diaria: bañarse, ir de compras, limpieza, uso de transportación?  No  Sí Ability to perform activities of daily living: bathing, shopping, cleaning, use of transport?

9. ¿Ud. tiene factores religiosos, culturales, físicos u otros factores que influenciarán su tratamiento?  No  Sí Sí marque sí, liste: Religious, cultural, physical or other factors that influence your care?

10. ¿Historial de otras enfermedades que requieren atención médica frecuentemente?  No  Sí Detalles: History of other illness that may require frequent med. attention?

11. ¿Ud. tiene alergias a algo?  No  Sí - Si ha marcado "sí" marque lo siguiente: Allergic to anything?

- Medicamentos(anote) Medication     
  Comida (anote) Foods     
  Otro (especifique) Other-specify

**12. MEDICAMENTOS** Anote cualquier medicamento recetado (incluyendo medicinas de reemplazo hormonal, pastillas anticonceptivas, y medicamento psiquiátrica y/o ansiolíticos) que ud. tome, incluya la dosis y nombre del doctor que lo receta. Anote otros medicamentos que Ud. usa frecuentemente (vitaminas, complementos alimenticios, y otras medicinas como el ibuprofeno, Tylenol, aspirina, Tums, Peptobismol, etc.) Si es necesario, use una página separada.  
List prescription meds (including hormone replacement, birth control and psychiatric and/or anxiety meds) you are taking, include dosage and prescribing dr. and over the counter meds you take reg.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	CANTIDAD DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	MEDICO QUE RESETO

¿Cual farmacia usa? What pharmacy do you use?

### 13. ¿Ud. tiene cualquier de los siguientes síntomas?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <p>No Sí</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tobillos Hinchados <small>Ankles Swollen</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas en sangrar, moretones <small>Bleeding, bruising</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <small>Chest Pain (angina)</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos; persistente o sangrienta <small>Cough;</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea, estreñimiento, sangre en heces <small>Diarhea, constipation, blood in stools</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos <small>Dizziness or fainting</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre <small>Fever</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza <small>Headache</small></p> | <p>No Sí</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ictericia coloración amarillenta de la piel <small>Jaundice</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en su articulación o rigidez <small>Joint pain</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acidez excesiva o dolor abdominal <small>Heartburn ,pain</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de espalda crónica <small>Chronic back pain</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Náusea o vómitos <small>Nausea and vomiting</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sarpullido <small>Rashes</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones <small>Seizures</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con respiración <small>Respiration prob.</small></p> | <p>No Sí</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis <small>Sinus problems</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad en pasar <small>Swallowing difficulty</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sed excesiva <small>Thirst-excessive</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con los dientes o las encías <small>Tooth/gum problems</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Urinación frecuente o sangrante <small>Urination frequent or bloody</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Visión borrosa o visión doble <small>Vision-blurred or double</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aumento o perdida de peso <small>Weight gain/loss recent</small></p> |
|--|---|--|

### 14. ¿Tiene usted o ha tenido? Do you have or have you had

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <p>No Sí</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis <small>Arthritis</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Articulación artificial <small>Artificial Joint</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma, enfisema, bronquitis crónica <small>Asthma, Emphysema / bronchitis</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes</p> | <p>No Sí</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre <small>Blood Transfusions</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quimioterapia/ radiación <small>Chemotherapy/Radiation</small></p> | <p>No Sí</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <small>High Blood Pressure</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión arterial baja <small>Low Blood Pressure</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ataque fulminante- (detalles) <small>Stroke- details:</small></p> |
|--|---|--|

15.  No  Sí Herida o daño de la cabeza que ha causado un desmayo: de detalles: Head injury resulting in loss of consciousness -details

16.  No  Sí Ataque de corazón o problemas cardíacos. De detalles: Fecha de ataque de corazón: Heart Attack/Problem-give details: Date of heart attack:

Nombre de Cliente Client Name

Numero de Cliente Client Number

17. Mujeres solamente		
<b>No Sí</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Está embarazada? Fecha de parto _____ <small>Pregnant? Due Date</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lactancia materna <small>Breast Feeding</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido abortos (involuntarios o voluntarios)? <small>Miscarriages or abortions?</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene periodo de menstruación difícil? <small>Difficult periods?</small>		<b>No Sí</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mamografía anormal o masa? Fecha: _____ <small>Anormal mammogram or lump? Date</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Examen ginecologo anormal: Fecha: _____ <small>Abnormal P&amp;P? Date</small>
Enfermedades contagiosas		
18. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Ud. ha tenido una prueba de tuberculosis? <small>Tested for TB?</small>		
19. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Ud. ha tenido una prueba positiva de tuberculosis? <small>Ever had a positive TB Test?</small> Fecha de la última prueba o radiografía de los pulmones: _____ <small>Date of last TB Test or Chest xray</small>		
20. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Ha sido diagnosticado/a con hepatitis C? Fecha de su última prueba: _____ <small>Diagnosed Hep C? Date of last test</small>		
21. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Ha sido tenido exámenes para otras enfermedades del hígado? Especifique: <small>Have you been tested for any other liver disease ?</small>		
22. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Ha sido diagnosticado/a con una enfermedad transmisión sexual? <small>Diagnosed Sexually Transmitted Disease (STD)?</small>		
23. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Consiguió tratamiento? <small>Did you get treated?</small> Fecha de su última prueba de enfermedades de transmisión sexual (ETS) _____ <small>Date last STD test:</small>		
24. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Ha tenido prueba de VIH? <small>Been tested for HIV?</small>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿ha recibido el resultado? <small>Received test result?</small>	Fecha de la última prueba de VIH: <small>Date of last HIV Test:</small>
Salud Mental <small>Mental Health</small>		
25. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Ha sido diagnosticado/a con una enfermedad mental? <small>Diagnosed with a mental illness?</small> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Consiguió tratamiento? <input type="checkbox"/> Ambulatorios <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> No aplicable <small>Treated? Outpt, hosp., NA</small> ¿Que fue su diagnosis? <small>Diagnosis?</small>		
26.	¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha recibido tratamiento de emergencia por problemas de su salud mental? <small># times in the past 30 days received outpatient emergency services for mental health needs?</small>	
27.	¿Cuántas veces en los últimos 30 días se ha quedado en el hospital por más de 24 horas por razones de problemas con su salud mental? <small># days in past 30 stayed 24 hours or more hospital or psych facility for MH needs?</small>	
28. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En los últimos 30 días, ¿ha tomado medicamentos recetados por su salud mental? <u>(incluye medicamento para ansiedad o nervios)</u> <small>Past 30 days, have you taken prescribed meds for MH needs, including medication for anxiety, list on question 13.</small>		
29. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Ha intentado el suicidio? <small>Past suicide attempts?</small>	Fecha del intento más reciente: <small>Date most recent attempt:</small>	¿Cuántas veces ha intentado? <small>How many attempts</small>
30. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Abuso físico o sexual actual o en el pasado?		
Alcohol y otras Drogas		
31. ¿Ud. usa algunas de las siguiente sustancias y que tan frecuente? <small>Use any of the following substances/how frequently?</small> <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Recientemente <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Drogas ilícitas <input type="checkbox"/> Illicit <input type="checkbox"/> Recientemente <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca		
32. ¿Ha inyectado drogas? <small>Injected</small> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí "Sí", marque si ha: <input type="checkbox"/> compartido agujas <small>Shared needles</small> <input type="checkbox"/> compartido algodones <small>Shared cottons?</small>		
33. ¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha inyectado drogas? <small># days in the past 30 have you injected drugs?</small>	Fecha de la última inyección: <small>Last time injecting:</small>	Ha usado el intercambio de agujas en SLO? <small>Used SLO Co. Needle Exchge?</small>
34. Acaba de usar cualquier tipo de droga o alcohol? <small>Have you just used any form of drug sor alcohol?</small> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
35. ¿Está sintiendo síntomas de abstinencia? <small>In withdrawal</small> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si ha marcado "sí" ¿de que sustancias? <small>If yes what substance</small>		
36. Convulsiones, delirio tembloroso <small>Seizures, DT?</small> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Fecha de su última convulsión: <small>Date of last seizure:</small> Detalles:		
37. ¿Ud. experiencia pérdida de conocimiento frecuentemente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Que tan frecuente? <small>Do you have frequent blackouts? How frequently?</small>		
38. ¿Ud. ingiere o fuma la marihuana? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Currently smoking/ingesting marijuana? ¿Tiene Ud. una tarjeta de la marihuana medicinal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Medical Marijuana?</small> Fecha de su último uso de marihuana: _____ <small>Date last used</small>		
38. ¿Ha tenido una sobredosis de alcohol u otra droga? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si, ha marcado "sí" ¿en que? ¿Cuando? <small>Ever overdosed on alcohol/drugs? If yes when</small> <small>If yes When?</small>		
A lo más que se, esta información es exacta y la verdad e informaré al proveedor con cualquier cambio en mi salud o medicamentos. <small>Info accurate -will inform of changes in health or medis:</small>		
Firma del Cliente:		Fecha:
*****Personal solamente ***** <small>Staff Only</small>		
Comentarios y Notas de Personal Clínico: He revisado esta información con el cliente y proveído las siguientes notas		
Firma de Personal Clínico: <small>Clinitian staff signature:</small>		Fecha: <small>Date:</small>
Este documento se pondrá en el Archivo Electrónico de Salud de Anasazi o puesto en el Archivo del Cliente. This document is to be scanned into the Anasazi Electronic Health Record or placed into Client Chart.		
NOMBRE DE CLIENTE <small>CLIENT NAME</small>		NUMERO DE CLIENTE <small>CLIENT NUMBER</small>