

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

Lista de acuidad Acuity Check List

- No Sí ¿Ud. tiene problemas graves de salud no tratados? Current, severe and/or untreated health problems?
- No Sí ¿Tiene preocupaciones por su salud? Health concerns you currently have?
- No Sí ¿Se siente que esta en riesgo de dañar a usted mismo o a otra persona? At risk for hurting yourself or someone else?
- No Sí ¿Otra persona le esta dañando o tiene riesgo de ser dañado? Are you being hurt by someone else or at risk of being hurt?
- No Sí ¿Ha usado una forma de droga o alcohol? Have you just used any form of drugs or alcohol? ¿Cuándo? When _____

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 phys 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. Anote historial medico familiar importante: Significant family medical history _____

9. ¿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?

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

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

12. ¿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

13. **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. List prescription meds (including hormone replacement, birth control and psychiatric and/or anxiety meds) you are taking, include dosage and prescribing dr.: _____

¿Cual farmacia usa? What pharmacy do you use? _____

Anote otros medicamentos que ud usa frecuentemente- vitaminas, complementos alimenticios, y otras medicinas como el ibuprofen, Tylenol, aspirina, Tums, Peptobismol, etc. Over the counter meds you take reg.

14. ¿Ud. tiene cualquier de los siguientes síntomas?

- | | | |
|--|---|--|
| <p>No Sí</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tobillos Inflamados <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>Diarrhea, 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"/> Orinación 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> |
|--|---|--|

15. ¿Tiene usted tenia ? 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> |
|--|---|--|

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

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

Client Name

Client Number

| 18. Mujeres solamente | | | |
|---|--|---|--|
| No Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Está embarazada? Fecha de parto _____ Pregnant? Due Date <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lactancia materna Breast Feeding <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido abortos (involuntarios o voluntarios) Miscarriages or abortions? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene el flujo menstrual difícil Difficult periods? ¿A que edad empezó su menstruación? _____ Age started 1st period? Fecha de su última menstruación _____ Date of last period | No Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Violencia domestica (de hoy en día o en el pasado) Current/past domestic abuse? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene dolor con relaciones sexuales Pain with intercourse? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mamografía anormal o masa Abnormal mammogram or lump? Date _____ Fecha: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Examen ginecologo anormal: Abnormal PAP? Date _____ Fecha: _____ | | |
| Enfermedades contagiosas | | | |
| 19. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Ud. ha tenido una prueba de tuberculosis? Tested for TB? | | | |
| 20. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Ud ha tenido una prueba positiva de tuberculosis? Ever had a positive TB Test? Fecha de la última prueba o radiografía de los pulmones: _____ Date of last TB Test or Chest xray | | | |
| 21. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Ha sido diagnosticado/a con hepatitis C? Fecha de su última prueba: _____ Diagnosed Hep C? Date of last test | | | |
| 22. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Ha sido tenido exámenes para otras enfermedades del hígado? Especifique: _____ Have you been tested for any other liver disease ? | | | |
| 23. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Ha sido diagnosticado/a con una enfermedad transmisión sexual? Diagnosed Sexually Transmitted Disease (STD)? | | | |
| 24. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Consiguió tratamiento? Did you get treated? Fecha de su última prueba de enfermedades de transmisión sexual (ETS) _____ Date last STD test: | | | |
| 25. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Ha tenido prueba de VIH? Been tested for HIV? | | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿ha recibido el resultado? Received test result? | |
| Fecha de la última prueba de VIH: _____ Date of last HIV Test: | | | |
| Salud Mental Mental Health | | | |
| 26. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Ha sido diagnosticado/a con una enfermedad mental? Diagnosed with a mental illness? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Consiguió tratamiento? <input type="checkbox"/> Ambulatorios <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> no aplicable Treated? Outpt. hosp., NA ¿Que fue su diagnosis? _____ Diagnosis? | | | |
| 27. ¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha recibido tratamiento de emergencia por problemas de su salud mental? # times in the past 30 days received outpatient emergency services for mental health needs? | | | |
| 28. ¿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? # days in past 30 stayed 24 hours or more hospital or psych facility for MH needs? | | | |
| 29. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En los últimos 30 días, ¿ha tomado medicamentos recetados por su salud mental? ¿(incluye medicamento para ansiedad o nervios) Past 30 days, have you taken prescribed meds for MH needs including medication for anxiety- list on question 13. | | | |
| 30. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Ha intentado el suicidio? Past suicide attempts? | | Fecha del intento más reciente: _____ Date most recent attempt: | |
| ¿Cuántas veces ha intentado? _____ How many attempts? | | | |
| Alcohol y otras Drogas | | | |
| 31. ¿Ud usa algunas de las siguiente sustancias y que tan frecuente? Use any of the following substances/how frequently? <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Corrientemente <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Drogas ilícitas Illicit <input type="checkbox"/> Corrientemente <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca | | | |
| Marque todo lo que aplica a Ud. | | | |
| 32. ¿Ha inyectado drogas? Injected <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí "Sí", marque si ha: <input type="checkbox"/> compartido agujas Shared needles <input type="checkbox"/> compartido algodones Shared cottons? | | | |
| 33. ¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha inyectado drogas? # days in the past 30 have you injected drugs? | | Fecha de la última inyección: _____ Last time injecting: | |
| Ha usado el intercambio de agujas en SLO? Used SLO Co. Needle Exchge? | | | |
| 34. ¿Está sintiendo síntomas de abstinencia? In withdrawal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si ha marcado "sí" ¿de que sustancias? If yes what substance | | | |
| 35. Convulsiones, delirio tembloroso Seizures, DT? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Fecha de su última convulsión: _____ Date of last seizure. Detalles: _____ | | | |
| 36. ¿Ud. experiencia pérdida de conocimiento frecuentemente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Que tan frecuente? Do you have frequent blackouts? How frequently? | | | |
| 37. ¿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 Medical Marijuana? Fecha de su último uso de marihuana: _____ Date last used | | | |
| 38. ¿Ha tenido una sobredosis de alcohol u otra droga? Ever overdosed on alcohol/drugs? If yes when? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si, ha marcado "sí" ¿en que? ¿Cuándo? If yes When? | | | |
| A lo más que se, esta información es exacta y la verdad e informaré al proveedor con cualquier cambio en mi salud o los medicamentos. Info: accurate -will inform of changes in health or medis: | | | |
| Firma del Cliente: _____ | | Fecha: _____ | |
| ***** Personal solamente ***** Staff Only | | | |
| As the Medical Staff, I have reviewed this form and recommend the client: <input type="checkbox"/> Receive a yearly physical exam that includes lab tests. Referral to Community Health Centers. <input type="checkbox"/> Receive a TB test every year if at risk (been in jail, or other exposure). <input type="checkbox"/> Needs Medical Evaluation before entrance to program <input type="checkbox"/> HIV and or Hep C Test if at risk or for 6 month window | | <input type="checkbox"/> Pregnancy Test <input type="checkbox"/> Prenatal Care <input type="checkbox"/> CHC Dental Referral <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Counseled on signs/symptoms of withdrawal <input type="checkbox"/> Referred for Detox | |
| Recommendations were provided to client: <input type="checkbox"/> Discussed with client in person. <input type="checkbox"/> Given to Server to be discussed with client. <input type="checkbox"/> Mailed to client (copy to chart). <input type="checkbox"/> No additional referral needed | | | |
| Medical Staff Signature: _____ | | Clinician/Staff Signature _____ | |
| Date: _____ | | Date: _____ | |