

BEHAVIORAL HEALTH-HEALTH CUESTIONARIO

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 de Servicios Médicos:

Marque cualquiera de los servicios que se encuentran por debajo de usted cuales ha recibido servicios de o ha recibido en los últimos 5 años .

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Community Health Center | <input type="checkbox"/> Urgent Care Center | <input type="checkbox"/> Dentists |
| <input type="checkbox"/> Pain Management Services | <input type="checkbox"/> Methadone Clinic | <input type="checkbox"/> Hospital Emergency Rooms |
| <input type="checkbox"/> Private Community Physician | <input type="checkbox"/> Specialty Medicine (i.e. Immunization, Neurology, Cardiology, and Endocrinology) | |

Información General de Salud

- | | | |
|--|--|---|
| 1. Fecha de su último examen físico? → | 2. Fecha de la última vez que vio a un médico? → | 3. ¿Cuál fue el propósito de la visita? |
| 4. <input type="checkbox"/> ¿cuántas veces has visitado un servicio de urgencias en los últimos 30 días? | | |
| 5. <input type="checkbox"/> ¿cuántas veces en los últimos 30 días ¿te has quedado en un hospital por problemas de salud física? | | |
| 6. <input type="checkbox"/> ¿Cuántos días en los últimos 30 ¿Ha experimentado problemas de salud física? | | |
| 7. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Alguna vez ha tenido cirugía? En caso, indique las cirugías mayores: | | |
| 8. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Tiene la capacidad de hacer las actividades de la vida diaria : bañarse, ir de compras, la limpieza, el uso de transporte? | | |
| 9. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Tiene factor religioso, cultural, físico o de otro tipo que puedan influir en su cuidado? Enumere si, Si: | | |
| 10. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Tiene alguna historia de cualquier otra enfermedad que pueda requerir atención médica frecuente? De detalles: | | |

Alergias

11. No Si ¿Tiene alergias?-En caso que si, anote abajo: anote 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

12. NO SI **MEDICAMENTOS → En caso que Si**
Apunte medicamentos con receta (incluyendo el reemplazo hormonal, control de la natalidad y psiquiátrica y / o medicamentos para la ansiedad)
Apunte medicamentos de venta libre que usted toma con regularidad (vitaminas, suplementos alimenticios, ibuprofeno, Tylenol, Tums, etc.)
Si necesita más espacio, agregue otra hoja

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	NOMBRE DEL MEDICO

Nombre de la farmacia que usas?

13. ¿Está experimentando cualquiera de los siguientes?

No Si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hinchazón de los tobillos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado, moretones con facilidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho (angina) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos ; persistente o con sangre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea , estreñimiento, sangre en las heces <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fiebre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dolores de cabeza	No Si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> frecuente coloración amarillenta de la piel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor o rigidez en las articulaciones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acidez estomacal o dolores abdominales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de espalda crónico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Las náuseas y los vómitos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Erupciones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	No Si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Los problemas del seno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dificultad para deglutir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sed excesiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dientes o las encías problemas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Micción frecuente o con sangre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vision- borrosa o visión doble <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ganancia o pérdida de peso recientemente
---	--	---

14. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes?

No Si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conjunto artificial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma, enfisema o bronquitis crónica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes	No Si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transfusion de sangre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quimioterapia / radiación	No Si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alta presión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Baja presión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ataque- caso afirmativo dar detalles :
---	---	---

15. No Si **Lesión en la cabeza** como resultado la pérdida de la conciencia dio detalles:

16. No Si **Ataque al corazón o problema del corazón-** da detalles: **Fecha de ataque al corazón :**

NOMBRE DEL CLIENTE:

NÚMERO DE CLIENTE:

17. Sólo Para Mujeres						
No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	¿Embarazada? Fecha De Nacimiento _____ ¿Lactancia? ¿Ha tenido abortos involuntarios o abortos ? ¿Tiene períodos difíciles? Edad en la que comenzó su primer período ? _____ Fecha del último período : _____	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Cualquier actual o pasado de abuso doméstico ? ¿Tiene dolor durante la relación sexual ? Mamografía anormal o tumor? fecha : _____ Papanicolau anormal ? fecha _____ Fecha del último examen ginecológico: _____	
Enfermedades Transmisibles						
18. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Ha tenido prueba de la tuberculosis? (Tuberculosis)						
19. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si → ¿A tenido una prueba positiva de tuberculosis? → Fecha de la última prueba de TB o una radiografía de tórax ultimo:						
20. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Ha sido diagnosticado con Hepatitis C ? Fecha de la última prueba : _____						
21. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Has sido probado por cualquier otra enfermedad del hígado? Especifique:						
22. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Ha sido diagnosticado con una enfermedad de transmisión sexual (ETS) ?						
23. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Sabía usted recibe tratamiento					Fecha de la última prueba de ETS?	
24. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Ha hecho la prueba del VIH?						
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Recibió el resultado de la prueba? →			Fecha de la última prueba del VIH:			
Salud Mental						
25. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Alguna vez fue diagnosticado con una enfermedad mental?						
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Fue tratado? Si Sí → <input type="checkbox"/> paciente externo <input type="checkbox"/> Pacientes Hospitalizados <input type="checkbox"/> NA					¿Cuál fue su diagnosis?	
26. <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha recibido servicios de emergencia para salud mental?						
27. <input type="checkbox"/> ¿En los últimos 30 días ¿Se ha quedado 24 horas o más en un hospital psiquiátrico de salud mental?						
28. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si En los últimos 30 días , ¿ha tomado medicamentos de prescripción(s) para el uso de salud mental? incluir ansiedad lista meds- medicamentos en la pregunta 12						
29. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Intentos previos de suicidio ? →		Fecha de más reciente intento : →		¿Cuántos intentos en su vida?		
Alcohol y Otras Drogas						
30. ¿Utiliza alguna de las siguientes sustancias y con qué frecuencia ?						
Alcohol →		Diario	Semana pasada	Últimos 30 días	Año pasado	Nunca
Drogas →						
Medicamentos de prescripcion que no han sido resetados para usted. →						
31. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Alguna vez se ha inyectado drogas ? Si sí tienen que → <input type="checkbox"/> agujas compartidas? → <input type="checkbox"/> algodones compartidas?						
32. <input type="checkbox"/> ¿Cuántos días en los últimos 30 ¿Se ha inyectado drogas?		¿última vez que se inyectó?		¿Ha utilizado SLO Co. cambio de jeringas?		
33. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Usted acaba utilizado ningún tipo de drogas o alcohol? <u>cuándo?</u>						
34. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Usted siente que está en retirada hoy ? En caso, de qué sustancia?						
36. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Ha tenido apagones? En caso, ¿cuántas veces , con qué frecuencia ?						
37. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Usted actualmente fuma / marihuana ingerir ? →				Fecha de la última vez que ingiere marihuana		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Tiene una tarjeta de marihuana médica?						
38. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Alguna vez ha tomado una sobredosis de alcohol u otras drogas?			Si Si → Qué?		Cuándo?	
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:			
STAFF ONLY BELOW						
PHYSICIAN REVIEW AND RECOMMENDATIONS			STAFF ACTIONS			
<input type="checkbox"/> Client meets medical necessity <input type="checkbox"/> Client to be referred for physical exam <input type="checkbox"/> Client indicates physical exam within 12 months, request medical records Physicians Signature _____ Date _____			<input type="checkbox"/> ROI and Referral sent <input type="checkbox"/> ROI and Medical Records Request sent Staff _____ Date _____			
CLIENT NAME			CLIENT NUMBER			