

BEHAVIORAL HEALTH-CUESTIONARIO DE SALUD

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 ha recibido o ha recibido en los últimos 5 años

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Community Health Center (CHC) | <input type="checkbox"/> Medico comunitario privado | <input type="checkbox"/> Sala de emergencia del hospital |
| <input type="checkbox"/> Centro de atención urgente | <input type="checkbox"/> Servicios de manejo del dolor | <input type="checkbox"/> Medicina Especial (i.e., Neurología, Cardiología, Endocrinología) |
| <input type="checkbox"/> Dentista | <input type="checkbox"/> 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, has experimentado problemas de salud física?7. Si No ¿Alguna ves has tenido cirugía? En caso que si, 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 reseta y medicamentos de venta libre (vitaminas, suplementos alimentacios, Tylenol, Tums, ect.) que usted toma con regularidad (Si necesita más espacio, agregue otra hoja)

Nombre de Medicamento	Dosis	Frecuencia	Nombre del Medico

11. Cual farmacia utiliza?

12. ¿Está experimentado cualquiera de los siguientes síntomas?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|
| Si | No | | Si | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hinchazón de los tobillos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | frecuente coloración amarillenta de la piel (ictericia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas nasales (sinusitis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ganancia o pérdida de peso recientemente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problems de sangrado-moretones con facilidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor o rigidez en las articulaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transfusión de sangre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor en el pecho (angina) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Derrame Cerebral -Si es asi, de detalles: |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Acidez estomacal o dolores abdominales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alta presion |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sed excesiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Baja presion |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tos; persistente o con sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Articulaciones artificiales |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de espalda crónico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesion en la cabeza-Si es asi, de detalles: |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dientes o problemas las encías | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Náuseas y Vómito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quimoterapia/radiacion |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mareos o desmayos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma, enfisema o bronquitis cónica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Micción frecuente o con sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erupciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque cardiaco o problema cardiaco: en caso que si, de detalles: |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vision- borrosa o visión doble | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | fiebre | | | |

NOMBRE DEL CLIENTE:**NÚMERO DE CLIENTE:**

13. Sólo Para Mujeres				
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Embarazada? Fecha de Alivio de embarazo _____			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 asi, de detalles _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiene períodos difíciles? Si es asi, 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 sido diagnosticado con Hepatitis C ? Fecha de la última prueba: _____				
17. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Has sido probado por cualquier otra enfermedad del hígado? Especifique: _____				
18. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Ha sido diagnosticado con 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 si, de detalles: _____				
24. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha recibido servicios de emergencia para salud mental?				
25. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿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(s) para el uso de salud mental? Incluya medicamentos para 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. ¿Utiliza alguna de las siguientes sustancias y con qué frecuencia ?		Diario	Seguido	Aveces
		Fecha de ultimo uso		
		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 ¿Agujas compartidas?				
33. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿A intercambiando algodón?				
34. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		¿ Cuántos días en los últimos 30 se ha inyectado drogas?		¿última vez que se inyectó?
35. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Ha utilizado jeringas o agujas 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 ¿Convulsiones, delirio tembloroso? Si es asi de detalles: _____				
38. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Ha perdido el sentido? En caso, ¿cuántas veces y con qué frecuencia ?				
39. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Usted actualmente fuma/injiriendo marihuana ? →			Fecha de la última vez que ingiero marihuana:	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Tiene una tarjeta de marihuana médica?				
40. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez ha tomado 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 DEL CLIENTE: _____	