

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"/> Transfusión 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 | | | |