

<b>SALUD &amp; BIENESTAR-CUESTIONARIO DE SALUD</b>			
<b>Departamento de Salud &amp; Bienestar de San Luis Obispo</b>	<input type="checkbox"/> DAS 2180 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401 Phone: (805) 781-4275 FAX (805) 781-1227	<input type="checkbox"/> MH 2178 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401 Phone: (800) 838-1381 FAX (805) 781-1177	
<b>Proveedores de Servicios Médicos:</b>			
<b>Marque cualquiera de los servicios que ha recibido o ha recibido en los últimos 5 años</b>			
<input type="checkbox"/> Community Health Center (CHC) <input type="checkbox"/> Médico 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			
<b>Información General de Salud</b>			
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 días, has experimentado problemas de salud física?	
7. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez has tenido cirugía? En caso que sí, indique las cirugía:			
8. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene alguna historia de cualquier otra enfermedad que pueda requerir atención médica frecuente? En caso que si, porfavor denos detalles:			
<b>Alergias</b>			
9. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.):			
<b>Medicamentos</b>			
10. Por favor de provenir lista de medicamentos con receta y medicamentos de venta libre (vitaminas, suplementos alimentarios, Tylenol, Tums, ect.) que usted toma con regularidad <b>(Si necesita más espacio, agregue otra hoja)</b>			
<b>Nombre de Medicamento</b>	<b>Dosis</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Nombre del Médico</b>
11. ¿Cuál farmacia utiliza?			
<b>12. ¿Está experimentando cualquiera de los siguientes síntomas?</b>			
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"/> 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"/> Problemas 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 presión	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sed excesiva		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Baja presión	
<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"/> Lesión 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"/> Quimioterapia/radiación	
<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 cardíaco o problema cardíaco: en caso que si, de detalles: _____	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vision- borrosa o visión doble			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre			
<b>NOMBRE DEL CLIENTE:</b>		<b>NÚMERO DE CLIENTE:</b>	

13. Sólo Para Mujeres				
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Embarazada? Fecha para dar a luz _____			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 así, de detalles _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiene períodos difíciles? Si es así, 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 tenido una diagnosis de Hepatitis C ? Fecha de la última prueba: _____			
17. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido una diagnosis por cualquier otra enfermedad del hígado? Especifique: _____			
18. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha tendio una diagnosis de 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 sí, de detalles: _____			
24. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha recibido servicios de emergencia para salud mental?			
25. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿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 para el uso de salud mental? Incluya medicamentos para la 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. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Utiliza alguna de las siguientes sustancias y con qué frecuencia ?	Diario	Seguido	A veces
	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	¿Ha compartido agujas con otros?			
33. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿A intercambiando algodón?			
34. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿ Cuántos días en los últimos 30 días se ha inyectado drogas?	¿Última vez que se inyectó?		
35. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha utilizado jeringas o ajuas 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	¿Tiene convulsiones, delirio tembloroso? Si es asi de detalles: _____			
38. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez ha perdido el conocimiento? Si es asi de detalles: _____			
39. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha perdido el sentido? En caso, ¿cuántas veces y con qué frecuencia ?			
40. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Usted actualmente fuma o injiere marihuana ? →			Fecha de la última vez que injirió marihuana:
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Tiene una tarjeta de marihuana médica?			
41. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez ha tenido una sobredosis de alcohol u otras drogas?			Si es asi, de detalles: _____
<b>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:</b>				
Firma del cliente: _____			Fecha: _____	
Firma del personal: _____			Fecha: _____	
NOMBRE DEL CLIENTE: _____			NÚMERO DE CLIENTE: _____	