



Catholic Community Services in Western Arizona
Cuestionario de Salud

Instrucciones: Por favor, conteste las siguientes preguntas a lo mejor de su capacidad. Esto nos ayudará a comprender su actual/pasado historial de salud.

Medicamento

Es usted actualmente está tomando algún medicamento (medicamentos con prescripción médica, las vitaminas, los remedios homeopáticos o neuropatic, tradicional o medicina alternativa recursos, hierbas)?

No.

Si, conteste a las preguntas abajo .

Proporcionar los nombres y las dosis de medicamentos está tomando:

Nombre de medicacion

Razón para tomar la medicación

Nombre de medicacion

Razón para tomar la medicación

Nombre de medicacion

Razón para tomar la medicación

Nombre de medicacion

Razón para tomar la medicación

Nombre de medicacion

Razón para tomar la medicación

Nombre de medicacion

Razón para tomar la medicación

Mas escritos atras.

Medico

1. Cuando fue la última vez que vio el médico de atención primaria o al dentista y que cuál era el propósito de la visita ?

2. Tiene alguna historia de lesiones en la cabeza con conmoción cerebral o la pérdida de la conciencia ?

No Si, describir.

3. Tiene alguna historia de graves lesiones, accidentes o cirugías?

No Si, describir.

4. Está actualmente embarazada? No Si No esta segura N/A

5. Usted usa Tabacco ? No Si, Cuanto por día?: _____

Que tanto tiempo tiene usando tabacco? _____ (anos/meses)

6. Usted consume cafeina? No Si, Cuanto por día: _____ (vasos)

Created: 6/2012

7. Usted recientemente experimentaron alguna de las siguientes ?

Sudores inusuales o escalofríos No Si, Cuando _____

Desmayar No Si, Cuando _____

Nausea persistente / vomito No Si, Cuando _____

Vomito autinducido No Si, Cuando _____

Infecciones del oido No Si, Cuando _____

Persistente dolor de garganta No Si, Cuando _____

Uso excesivo de laxantes No Si, Cuando _____

Defecacion inadecuada (Deposiciones) No Si, Cuando _____

Facial o espasmos musculares No Si, Cuando _____

y espasmos

Piel Seca No Si, Cuando _____

Perdida de pelo No Si, Cuando _____

Enfermedad de transmision sexual No Si, Cuando _____

especificar: _____

Dolor: Recurrente continuo dolor/malestar fisico en cualquier lugar (por ejemplo, dolores de cabeza, conjunta y dolor de espalda, el pecho/dolor abdominal) No Si, especificar: _

Otras condiciones no enumerados más arriba (signos y síntomas)

Historia de tratamiento

1. Alguna vez ha recibido de la paciente (basadas en el consultorio) servicios, ha sido hospitalizado o servicios recibidos en un establecimiento residencial para problemas de salud del comportamiento?

No.

Si, conteste las preguntas 2(a) – 2(c).

2(a) Describa a continuación el tipo de tratamiento que recibió para abordar sus preocupaciones de salud conductual y cuando recibió este tratamiento.

Tipo de tratamiento

Cuando y donde recibido

Tipo de tratamiento

Cuando y donde recibido

Tipo de tratamiento

Cuando y donde recibido

Tipo de tratamiento

Cuando y donde recibido

Completado por : _____ Fecha: _____

Created: 6/2012

Nombre de Cliente: _____ Client ID: _____