



CUESTIONARIO DE PREEVALUACIÓN Y RIESGOS

*Puede obtener este formulario de diferentes maneras, como en letra grande o en otros idiomas
Si necesitas ayuda con este formulario, pregúntanos.*

Explique brevemente por qué está buscando servicios actualmente:

¿Qué espera obtener del tratamiento?

¿Lo obliga el tribunal a solicitar servicios?

☐ Yes

☐ No

¿Tiene un caso judicial pendiente?

☐ Yes

☐ No

¿Alguna vez lo han condenado por un delito de persona a persona?

☐ Yes

☐ No

¿Actualmente tiene pensamientos o acciones suicidas u homicidas?

☐ Yes

☐ No

¿Tiene historia de pensamientos o acciones suicidas u homicidas?

☐ Yes

☐ No

¿Lo preocupa por su seguridad?

☐ Yes

☐ No

¿Está en desintoxicación/síndrome de abstinencia activo?

☐ Yes

☐ No

¿Alguna vez ha consumido drogas por vía intravenosa?

☐ Yes

☐ No

¿Ha consumido drogas por vía intravenosa en los últimos 30 días?

☐ Yes

☐ No

☐ N/A

¿Ha consumido sustancias en los últimos 90 días?

☐ Yes

☐ No

¿Está embarazada?

☐ Yes

☐ No

☐ N/A

☐ Unknown

Si la respuesta es sí, ¿está recibiendo atención prenatal?

☐ Yes

☐ No



CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO

*Puede obtener este formulario de diferentes maneras, como en letra grande o en otros idiomas
Si necesitas ayuda con este formulario, pregúntanos.*

HISTORIA E INFORMACIÓN DEL MÉDICO

¿Cuándo fue su último examen físico?

¿Cuándo fue su última visita dental?

¿Tiene un médico de atención primaria (PCP), clínica u organización? ☐ No ☐ Yes (lista a continuación)

Liste cualquier proveedor médico y dental actual

Nombre, dirección y teléfono	Motivo	Fecha de la última visita

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Hay problemas médicos que necesiten atención inmediata? ☐ No ☐ Yes, (Describa abajo)

¿Ha tenido algún accidente, lesión o enfermedad que haya afectado la salud/funcionamiento: ☐ Yes ☐ No

Liste las fechas aproximadas de accidentes/lesiones importantes, enfermedades y hospitalizaciones por problemas de salud mental.

¿Tiene alguna alergia? ☐ No ☐ Yes, (Describa abajo)

CONDICIONES DE SALUD

Seleccione cualquier condición a continuación que se aplique a su historial o salud actual.

☐Hepatitis

☐HIV Positive

☐Problemas del hígado

☐Problemas renales

☐Tuberculosis

☐Cáncer

☐Diabetes

☐Convulsiones/Epilepsia

☐Infecciones cutáneas/condiciones

☐Enfermedad infecciosa

☐Perdida del conocimiento/mareo

☐Presión arterial Alta

☐Problemas del corazón

☐Problemas de circulación

☐Condición de tiroides

☐Dolores de cabeza/migrañas

☐Respiratorio

☐Hospitalización

☐Cirugía

☐Lesiones en la cabeza

☐Artritis

☐Problemas musculares o en las articulaciones

☐Dolor crónico

☐Mala nutrición

☐Trastornos de alimentación

☐Problemas estomacales

☐Problemas del sueño

☐Fatiga crónica

☐Problemas de espalda

☐Menstrual

☐Abortos involuntarios

☐Aborto

☐Embarazo

☐Anemia

☐Consumo de tabaco

☐Enuresis/Ensuciamiento durante el día

Otro: _____

Explique cualquiera de los puntos anteriores que haya experimentado en los últimos 6 meses.

LISTA DE MEDICAMENTOS

Enumere todos los medicamentos que ha tomado en los últimos 90 días

☐ No estoy tomando ningún medicamento.

Nombre/Tipo de medicamento	Cantidad/Frecuencia	Fecha de la última dosis



FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE ENFERMEDAD INFECCIOSA

*Puede obtener este formulario de diferentes maneras, como en letra grande o en otros idiomas
Si necesitas ayuda con este formulario, pregúntanos.*

Seleccione o complete la respuesta para cada pregunta.

1. ¿Ha visto a un médico o proveedor de atención médica en los últimos 3 meses? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

2. ¿Vive o ha vivido en la calle o en un refugio? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

3. ¿Alguna vez ha estado en prisión/detención juvenil? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

4. ¿Alguna vez ha estado en un centro de atención de largo plazo (centro de atención residencial, hospital de salud mental u otro hospital)? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

5. ¿Dónde nació? _____

6. ¿Ha viajado/vivido fuera de EE. UU. en los últimos 3 años (excepto Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Japón, Europa Occidental o Gran Bretaña)? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

7. ¿Cuánto tiempo ha estado en EE. UU.? _____

8. ¿Es usted un veterano de combate? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

9. ¿Se ha hecho un tatuaje, perforación en la oreja/cuerpo, acupuntura o ha estado en contacto con la sangre de alguien más en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

10. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas que haya durado más de 2 semanas en los últimos 30 días?:

☐ Náuseas	☐ Diarrea (correntía) que dure más de una semana
☐ Fiebre	☐ Pérdida de peso involuntaria
☐ Tos productiva	☐ Orina de color café
☐ Tos con sangre	☐ Mujeres: ¿No ha tenido sus dos últimos periodos?
☐ Falta de aire	☐ Fatiga extrema
☐ Bultos o glándulas inflamadas en el cuello o axilas	☐ Ictericia (piel amarilla) u ojos amarillos
☐ Sudores nocturnos que lo empapan tanto que tuvo que cambiarse la ropa o las sábanas de la cama.	

11. ¿Alguna vez le han dicho que tiene TB? ¿Le han diagnosticado TB en el último año a alguien que conozca o con quien haya vivido? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

12. ¿Alguna vez ha tenido una prueba positiva de TB? (Prueba en la que le inyectaron el antebrazo y unos días después apareció un bulto duro). ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

13. ¿Alguna vez lo han tratado por TB? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Nombre del cliente: _____ DOB: _____

14. ¿Alguna vez le han dicho que tiene algo de lo siguiente?:	Hepatitis A	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	Hepatitis B	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	Hepatitis C	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
15. ¿Alguna vez ha usado agujas para inyectarse drogas?		☐ Sí	☐ No	☐ No sé
16. ¿Alguna vez ha compartido agujas o jeringas (“equipos”) para inyectarse drogas?		☐ Sí	☐ No	☐ No sé
17. ¿Alguna vez ha tenido un trabajo que lo haya puesto en riesgo de tener lesiones por piquetes de agujas u otro tipo de contacto con sangre?		☐ Sí	☐ No	☐ No sé
18. ¿Usa estimulantes (cocaína/metanfetamina)?		☐ Sí	☐ No	☐ No sé
19. ¿Ha tenido usted, o alguien con quien haya tenido sexo en los últimos 12 meses: sífilis, gonorrea, herpes, clamidia, uretritis no gonocócica, otra enfermedad de transmisión sexual o hepatitis?		☐ Sí	☐ No	☐ No sé
Para ayudar a descubrir si tiene mayor riesgo de tener VIH, el virus conocido por causar SIDA, o el virus de hepatitis C (VHC), tómese un minuto para responder las siguientes preguntas.				
20. ¿Recibió una transfusión de sangre antes de 1992?		☐ Sí	☐ No	☐ No sé
21. ¿Ha recibido derivados de la sangre producidos antes de 1987 por problemas de coagulación?		☐ Sí	☐ No	☐ No sé
22. ¿Tenía el virus de hepatitis C su madre biológica en el momento de su nacimiento?		☐ Sí	☐ No	☐ No sé
23. ¿Ha estado, o actualmente está, en diálisis renal a largo plazo?		☐ Sí	☐ No	☐ No sé
24. ¿Ha tenido sexo sin protección con alguien que tiene la enfermedad de hemofilia en la sangre?		☐ Sí	☐ No	☐ No sé
25. ¿Ha tenido sexo sin protección con un hombre que tiene sexo con otros hombres?		☐ Sí	☐ No	☐ No sé
26. ¿Ha tenido sexo a cambio de dinero, drogas o para sobrevivir?		☐ Sí	☐ No	☐ No sé
27. ¿Ha tenido sexo con más de una persona en los últimos 6 meses? ¿Ha tenido cualquier tipo de contacto vaginal, rectal u oral sin protección (condón u otra barrera) con o sin su consentimiento?		☐ Sí	☐ No	☐ No sé
28. ¿Ha tenido sexo o ha compartido agujas para inyectarse drogas con una persona que tiene SIDA o que dio positivo en la prueba de anticuerpos para la enfermedad del SIDA/VIH o para hepatitis C?		☐ Sí	☐ No	☐ No sé
29. ¿Alguna vez se ha inyectado drogas, aunque sea una vez?		☐ Sí	☐ No	☐ No sé
30. ¿Alguna vez se ha picado con una aguja o jeringa que pudo haber estado infectada con VIH o con el virus de hepatitis C?		☐ Sí	☐ No	☐ No sé
31. ¿Alguna vez ha tenido un problema de alcoholismo que necesitó atención médica o consejería?		☐ Sí	☐ No	☐ No sé

32. ¿Alguna vez le han dicho o ha pensado que tiene un problema de alcoholismo? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

*Si respondió que “no” a todas las preguntas, no tiene mayor riesgo de tener VIH/SIDA o hepatitis C.

*Si respondió “sí” o “no sé” a cualquier pregunta, es posible que esté en riesgo de tener VIH/SIDA o hepatitis C.

Las siguientes preguntas se hacen para ayudar con la planificación del tratamiento. No es necesario que las responda para participar en la evaluación o en el tratamiento.

1. ¿Alguna vez le han hecho una prueba de sangre para el anticuerpo del VIH? ☐ Sí ☐ No

Si respondió “no”, ¿quisiera hacerse una prueba de sangre? ☐ Sí ☐ No

Si respondió “sí”, ¿le han hecho la prueba en los últimos seis meses? ☐ Sí ☐ No

2. ¿Alguna vez le han hecho una prueba de sangre para el virus de hepatitis C? ☐ Sí ☐ No

Si respondió “no”, ¿quisiera hacerse una prueba de sangre? ☐ Sí ☐ No

Si respondió “sí”, ¿le han hecho la prueba en los últimos seis meses? ☐ Sí ☐ No

3. ¿Cómo evaluaría su propio riesgo de estar infectado con VIH (el virus del SIDA)?

☐ Sé que estoy infectado. ☐ Creo que tengo un riesgo bajo. ☐ No estoy seguro de cuál sea mi riesgo.

☐ Creo que tengo un riesgo alto. ☐ Creo que NO estoy en riesgo.

4. ¿Cómo evaluaría su riesgo de estar infectado con hepatitis C?

☐ Sé que estoy infectado. ☐ Creo que tengo un riesgo bajo. ☐ No estoy seguro de cuál sea mi riesgo.

☐ Creo que tengo un riesgo alto. ☐ Creo que NO estoy en riesgo.

(Notas para el especialista de admisión: Documente si se evaluó al cliente y si lo remitieron al Departamento de Salud (Health Department) o a otra agencia adecuada).

TENGA EN CUENTA QUE ESTE FORMULARIO SE DESTRUIRÁ DESPUÉS DE QUE EL ESPECIALISTA DE ADMISIÓN LO HAYA REVISADO.



CUESTIONARIO PARA PADRES/TUTORES

*Puede obtener este formulario de diferentes maneras, como en letra grande o en otros idiomas
Si necesitas ayuda con este formulario, pregúntanos.*

Historia del desarrollo:

- ☐ La madre consumió drogas o alcohol durante la concepción/embarazo _____
- ☐ El padre consumió drogas o alcohol durante la concepción/embarazo _____
- ☐ Problemas durante el embarazo _____
- ☐ Complicaciones durante el parto _____
- ☐ Anormalidades en el nacimiento _____
- ☐ Depresión posparto de la madre _____
- ☐ Depresión o enfermedad mental en la familia _____
- ☐ Edad a la que comenzó a ver la televisión/películas/tablet _____
- ☐ Cantidad de tiempo calculada frente a la pantalla por día (o por semana) durante la infancia/niñez temprana _____
- ☐ Separación temprana de los padres/familia _____
- ☐ Enfermedades, lesiones u hospitalizaciones tempranas _____

Historia ambiental/traumática:

- ☐ Sin hogar _____
- ☐ Presenció violencia en casa _____
- ☐ Presenció violencia en la comunidad _____
- ☐ Estrés económico/pobreza _____
- ☐ Historia familiar de abuso físico o sexual (hermanos o padres) _____
- ☐ ¿Estuvo en crianza temporal? Si la respuesta es sí, ¿cuándo y por cuánto tiempo? _____
- ☐ Un miembro del grupo familiar consume drogas/alcohol/tabaco/apuesta _____
- ☐ ¿Es adoptado? Si la respuesta es sí, ¿a qué edad? _____
- ☐ Descuido _____
- ☐ Mudanzas frecuentes _____
- ☐ Muerte en la familia u otra pérdida significativa _____
- ☐ Historia familiar de enfermedades psiquiátricas _____

Casa y comunidad:

- ☐ Parece ansioso _____
- ☐ Parece deprimido _____
- ☐ Víctima de abuso emocional _____
- ☐ Víctima de abuso físico _____
- ☐ Víctima de abuso sexual _____
- ☐ Pesadillas _____
- ☐ Actúa de forma juvenil para su edad _____
- ☐ Hiperactivo _____
- ☐ Comportamiento impulsivo o peligroso _____
- ☐ Se pone en situaciones peligrosas _____
- ☐ Comportamientos de lesionarse a sí mismo _____
- ☐ Habla sobre el suicidio _____
- ☐ Intentos de suicidio _____
- ☐ Alimentación irregular _____
- ☐ Sueño irregular _____
- ☐ Aumento/pérdida de peso _____
- ☐ Problemas sociales/conductuales _____
- ☐ Miente _____
- ☐ Opositor/desafiante (no le importa) _____
- ☐ Culpa a otros, pone excusas _____
- ☐ Arrestos _____
- ☐ Actitud/delito Sexual _____
- ☐ Vandalismo _____
- ☐ Provoca incendios _____
- ☐ Lástima animales _____
- ☐ Roba en casa _____
- ☐ Roba a otros en la comunidad _____
- ☐ Exposición a armas _____
- ☐ Consume drogas o alcohol _____
- ☐ Interés/participación en pandillas _____
- ☐ Pelea o es demasiado agresivo _____
- ☐ Se escapa/se queda fuera durante la noche _____
- ☐ Preocupaciones de sexualidad _____
- ☐ Preocupaciones de género _____

Escuela:

- | | |
|---|--|
| ☐ Calificaciones bajas | ☐ Falta a la escuela/mala asistencia |
| ☐ Rendimiento bajo/superior | ☐ Remisiones a la dirección |
| ☐ Discapacidad del aprendizaje | ☐ Suspensiones/expulsiones |
| ☐ ADHD | ☐ Pelea o es demasiado agresivo |
| ☐ No presta atención | ☐ Roba en la escuela |
| ☐ Hiperactivo | ☐ Problemas sociales/no puede mantener amigos |
| ☐ Está en un IEP/plan 504 | ☐ Escuela/salón de clases alternativos |

¿Qué lo ha llevado a buscar tratamiento ahora?

¿Qué ha hecho para tratar de ayudar a su hijo?

¿Hay otros familiares con las mismas dificultades o hay otros problemas importantes en la familia?

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo que le gustan y que lo ayudan a superar los momentos difíciles?

¿Cuáles son sus objetivos para el tratamiento? ¿Está esperando y está listo para participar en el tratamiento de su hijo?