

Cuestionario de Salud y Preguntas Iniciales de Evaluación del Cliente

INSTRUCCIONES PARA EL CUESTIONARIO DE SALUD

Devuelva el formulario completo a la dirección que aparece abajo:

Licensing and Certification Division
 Licensing and Certification Section, MS 2600
 PO Box 997413
 Sacramento, California 95899-7413
 Email: LCDSUDApplication@dhcs.ca.gov

NO DEJE en blanco ninguna pregunta, casilla, línea o campo. Escriba N/A si no aplica.

POR FAVOR TOME NOTA: Lea cuidadosamente todas las instrucciones incluidas en este formulario y complete cada elemento solicitado. Para obtener información adicional sobre la licencia de una instalación residencial para la recuperación o tratamiento del alcoholismo o abuso de drogas, consulte el Health and Safety Code section 11834.01 *et seq.* (Código de Salud y Seguridad, sección 11834.01 y *siguientes*). Para obtener información adicional sobre la certificación de un programa de servicios relacionados con el alcohol y otras drogas (AOD), consulte el Health and Safety Code section 11832 *et seq.* (Código de Salud y Seguridad, sección 11832 y *siguientes*). Este formulario puede utilizarse tanto para la licencia de una instalación residencial de recuperación o tratamiento del alcoholismo o abuso de drogas, como para la certificación de un programa de alcohol y otras drogas. Por lo tanto, en este formulario se hace referencia tanto a la terminología aplicable a la licencia (incluyendo “residente” e “instalación”) como a la aplicable a la certificación (incluyendo “cliente” y “programa”).

Este formulario debe ser completado por un Consejero de Alcohol y Otras Drogas (AOD) o un Profesional de la Salud (HCP) para cada individuo, antes de su admisión a la instalación o programa.

INFORMACIÓN DEL RESIDENTE / CLIENTE	
Nombre del Residente o Cliente:	
Fecha de Nacimiento:	Género/Identidad de Género:
Fecha de Llegada a la Instalación/Programa:	
Hora de Llegada a la Instalación/Programa:	

HISTORIAL DE SALUD FÍSICA	
1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez tuvo un ataque cardíaco o un problema asociado con el corazón? En caso afirmativo , indique cuándo, cuál fue el diagnóstico y si actualmente está tomando algún medicamento:

<p>2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Actualmente presenta dolor(es) en el pecho? En caso afirmativo, proporcione más detalles:</p>
<p>3. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Tiene algún problema de salud o enfermedad grave (como tuberculosis o neumonía activa) que pueda ser contagioso para las personas que lo rodean? En caso afirmativo, proporcione más detalles:</p>
<p>4. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Alguna vez dio positivo por tuberculosis? En caso afirmativo, ¿cuándo? Proporcione detalles:</p>
<p>5. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Alguna vez recibió tratamiento para el VIH o el sida? En caso afirmativo, ¿cuándo? Proporcione detalles:</p>
<p>6. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Alguna vez se hizo las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual? En caso afirmativo, proporcione detalles e indique cualquier medicamento que esté tomando:</p>
<p>7. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Sufrió alguna lesión en la cabeza en los últimos seis (6) meses? En caso afirmativo, proporcione más detalles:</p>

8. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez sufrió una lesión en la cabeza que diera lugar a un periodo de pérdida del conocimiento? En caso afirmativo , proporcione más detalles:
9. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez le diagnosticaron diabetes? Si la respuesta es afirmativa , proporcione detalles, incluyendo si usa insulina, toma medicamentos orales o sigue una dieta especial:
10. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene alguna lesión o herida abierta? En caso afirmativo , explique e indique cualquier medicamento que esté tomando:
11. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez tuvo algún tipo de crisis epiléptica, delirium tremens o convulsiones? Si la respuesta es afirmativa , indique la fecha de la última crisis epiléptica y cualquier medicamento que esté tomando:
12. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usa una máquina de CPAP o requiere oxígeno? En caso afirmativo , explique:
13. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez tuvo un accidente cerebrovascular? En caso afirmativo , proporcione más detalles:

<p>14. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Está embarazada? En caso afirmativo, ¿en qué trimestre? <input type="checkbox"/> 1.º <input type="checkbox"/> 2.º <input type="checkbox"/> 3.º ¿Está recibiendo atención prenatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Alguna complicación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, explique:</p>
<p>15. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Tiene antecedentes de alguna otra enfermedad que pueda requerir atención médica frecuente? En caso afirmativo, proporcione detalles e indique cualquier medicamento que esté tomando:</p>
<p>16. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Alguna vez tuvo coágulos de sangre en las piernas o en otras partes del cuerpo que requirieran atención médica? En caso afirmativo, proporcione más detalles:</p>
<p>17. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Alguna vez tuvo presión arterial alta o hipertensión? En caso afirmativo, proporcione más detalles:</p>
<p>18. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Tiene antecedentes de cáncer? En caso afirmativo, proporcione detalles e indique cualquier medicamento que esté tomando:</p>

19. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos, animales, productos químicos u otra sustancia? En caso afirmativo , proporcione detalles e indique cualquier medicamento que esté tomando:
20. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez tuvo úlceras, cálculos biliares, hemorragias internas o algún tipo de inflamación intestinal o del colon? En caso afirmativo , proporcione más detalles:
21. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez le diagnosticaron algún tipo de hepatitis u otra enfermedad del hígado? En caso afirmativo , proporcione detalles e indique cualquier medicamento que esté tomando:
22. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez le dijeron que tenía problemas con la glándula tiroides, recibió tratamiento por este motivo o le indicaron que necesita tratamiento por algún otro tipo de enfermedad glandular? En caso afirmativo , proporcione más detalles:
23. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Actualmente tiene alguna enfermedad pulmonar como asma, enfisema o bronquitis crónica? En caso afirmativo , proporcione más detalles:
24. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez tuvo cálculos o infecciones renales, o le dijeron que tiene problemas en los riñones o la vejiga? En caso afirmativo , proporcione más detalles:

25. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene alguna de las siguientes afecciones: artritis, problemas de espalda, lesiones óseas, lesiones musculares o lesiones en las articulaciones? Si la respuesta es afirmativa , proporcione detalles, incluyendo cualquier dolor o discapacidad que tenga actualmente:
26. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Toma medicamentos de venta libre para el dolor, como aspirina, Tylenol o Ibuprofeno? En caso afirmativo , indique los medicamentos y con qué frecuencia los toma:
27. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Toma medicamentos digestivos de venta libre, como Tums o Maalox? En caso afirmativo , indique los medicamentos y con qué frecuencia los toma:
28. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usa o necesita usar anteojos, lentes de contacto o audífonos? En caso afirmativo , proporcione más detalles:
29. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo fue su último examen dental? Fecha:
30. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita recibir atención dental? En caso afirmativo , proporcione más detalles:
31. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usa o necesita usar dentaduras u otros aparatos odontológicos que requieran atención dental? En caso afirmativo , proporcione más detalles:

32. Describa cualquier cirugía u hospitalización que haya tenido en el pasado debido a una enfermedad o lesión.

33. ¿Cuándo fue la última vez que fue al médico y/o psiquiatra? ¿Cuál fue el motivo de la consulta? Proporcione detalles:

34. En los últimos siete días, ¿qué tipos de drogas, incluyendo el alcohol, ha consumido?

Tipo de Droga	Vía de Administración	Fecha del Último Consumo

35. En el último año, ¿qué tipos de drogas, incluyendo el alcohol, ha consumido?

Tipo de Droga	Vía de Administración	Fecha del Último Consumo

36. ¿Toma algún medicamento recetado, incluyendo medicamentos psiquiátricos?

Tipo de Droga	Vía de Administración	Fecha del Último Consumo

EVALUACIÓN MENTAL / EMOCIONAL

37. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Actualmente se siente triste, deprimido, ansioso o desmotivado? En caso afirmativo , describa:
38. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Actualmente está recibiendo tratamiento por un diagnóstico emocional o psiquiátrico? En caso afirmativo , ¿por qué está recibiendo tratamiento?
39. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En las últimas 2 semanas, ¿sintió nervios, ansiedad o tensión? ¿Sintió que no era capaz de dejar de preocuparse o controlar su preocupación? En caso afirmativo , describa:
40. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En las últimas 2 semanas, ¿tuvo pensamientos suicidas o pensó que estaría mejor si estuviera muerto? En caso afirmativo , describa:
41. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Intentó suicidarse en los últimos dos (2) años? En caso afirmativo , indique las fechas:
42. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez se hizo daño a usted mismo o a otros, o pensó en hacerlo? En caso afirmativo , describa:

<p>43. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Actualmente siente que escucha voces o ve cosas que otros no ven? En caso afirmativo, describa:</p>
<p>44. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Alguna vez estuvo en una relación en la que su pareja lo empujara o golpeará? En caso afirmativo, describa:</p>

SERVICIOS DE TRATAMIENTO PREVIOS POR CONSUMO DE DROGAS Y/O ALCOHOL

45. ¿Alguna vez recibió tratamiento por síntomas de abstinencia? De ser así, indique las fechas en que recibió tratamiento y cualquier medicamento que le hayan recetado:

46. Se ha informado al cliente sobre los riesgos y beneficios de los Medications for Addiction Treatment (MAT) (Medicamentos para el Tratamiento de la Adicción (MAT)), que también se conoce como Medication Assisted Treatment (Tratamiento Asistido por Medicamentos). Además, el proveedor describió la disponibilidad de MAT en el programa, si corresponde, o el proceso de derivación para MAT.

(Inicial del cliente)

(Inicial del personal)

47. El cliente ha sido evaluado por el consumo de todos los productos de tabaco utilizando las preguntas recomendadas por la sección sobre trastorno por consumo de tabaco de la versión más reciente del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), o una guía similar basada en pruebas, para determinar que la persona presenta un trastorno por consumo de tabaco.

(Inicial del cliente)

(Inicial del personal)

DISPOSICIÓN AL CAMBIO

48. ¿Su consumo de alcohol y/o drogas está afectando alguno de los siguientes aspectos?

Trabajo Salud Física Finanzas Manejo de Tareas Cotidianas
 Relaciones Actividad Sexual Asuntos Legales Salud Mental
 Autoestima Higiene Actividades Recreativas
 Otro:

49. Sí No

¿Continúa usando alcohol o drogas a pesar de que afectan las áreas mencionadas anteriormente? Por favor, describa:

50. Sí No

¿Ha recibido ayuda anteriormente por problemas relacionados con el alcohol y/o las drogas? Por favor, indique los proveedores de tratamiento a continuación:

Nombre del Proveedor	Información de Contacto

51. ¿Qué le ayudaría a apoyar su recuperación?

52. ¿Cuáles son los posibles obstáculos para su recuperación? (por ejemplo, económicos, transporte, relaciones, etc.)

53. ¿Qué tan importante es para usted recibir tratamiento para lo siguiente?

Problemas con el Alcohol: Nada en Absoluto Ligeramente Moderadamente
 Considerablemente Extremadamente

Problemas con las Drogas: Nada en Absoluto Ligeramente Moderadamente
 Considerablemente Extremadamente

REGRESO AL CONSUMO, CONSUMO CONTINUO O POTENCIAL DE PROBLEMAS CONTINUOS	
<p>54. ¿Su consumo de alcohol y/o drogas está afectando alguno de los siguientes aspectos?</p> <p>Alcohol: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Constantemente</p> <p>Drogas: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Constantemente</p> <p style="text-align: center;">Por favor, describa:</p>	
<p>55. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Pasa tiempo buscando alcohol y/o drogas? Por favor, describa:</p>
<p>56. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Pasa tiempo tratando de recuperarse de los efectos del alcohol y/o las drogas? Por favor, describa:</p>
<p>57. ¿Cree que regresará al consumo o continuará consumiendo si no recibe tratamiento o apoyo adicional? Por favor, describa:</p>	
<p>58. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está consciente de sus factores que lo/la impulsan a consumir alcohol y/o drogas?</p> <p>Por favor, marque cualquier factor desencadenante que corresponda:</p> <p><input type="checkbox"/> Deseos Intensos <input type="checkbox"/> Presión Laboral <input type="checkbox"/> Salud Mental <input type="checkbox"/> Problemas de Relación</p> <p><input type="checkbox"/> Entorno <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Dolor Crónico <input type="checkbox"/> Presión de Grupo</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p>	
<p>59. ¿Qué hace cuando se enfrenta a un factor desencadenante?</p>	

<p>60. ¿Puede describir los intentos que ha hecho para controlar o reducir su consumo de alcohol y/o drogas?</p>	
<p>61. ¿Cuál ha sido el período más largo que ha pasado sin consumir alcohol y/o drogas?</p>	
<p>62. ¿Qué servicios o herramientas de prevención de recaídas le han resultado más útiles? ¿Cuáles fueron menos útiles?</p>	
RECUPERACIÓN / ENTORNO HABITACIONAL	
<p>63. ¿Tiene relaciones que apoyen su recuperación? (por ejemplo, familia, amistades)</p>	
<p>64. ¿Cuál es su situación actual de vivienda? (por ejemplo, sin hogar, viviendo con familia, solo/a)</p>	
<p>65. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Actualmente vive en un entorno donde otras personas consumen drogas? Por favor, describa:</p>
<p>66. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Actualmente se encuentra en una relación o situación que represente una amenaza para su seguridad? Por favor, describa:</p>

<p>67. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Está actualmente empleado o inscrito en una institución educativa? Por favor, describa (por ejemplo, lugar de trabajo, duración del empleo, nombre y tipo de escuela):</p>
<p>68. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Está actualmente involucrado con servicios sociales o el sistema legal? (por ejemplo, Department of Children and Family Services (Departamento de Servicios para Niños y Familias), orden judicial, libertad condicional o libertad bajo palabra). Por favor, describa:</p>

Si está en libertad condicional o bajo palabra:

<p>Nombre del Oficial de Libertad Condicional o Bajo Palabra</p>	<p>Información de Contacto Número de Teléfono y Correo Electrónico</p>

DETERMINACIÓN DE ADMISIÓN

La determinación de admisión deberá realizarse dentro de un plazo de cuatro (4) horas a partir de la llegada del cliente a la instalación o programa. Una persona solo podrá ser admitida si cumple con los criterios de admisión y con el nivel de atención que ofrece la instalación o el programa.

SÍ – El cliente cumple con los criterios de admisión y es admitido en la instalación o programa.

Fecha de Admisión a la Instalación/Programa: _____

Hora de Admisión a la Instalación/Programa: _____

NO – El cliente no cumple con los criterios de admisión y es referido.

Por favor, especifique la referencia:

Certifico que evalué al cliente y realicé la determinación de admisión indicada arriba.

Nombre en letra de imprenta del Consejero AOD o Profesional de la Salud (HCP):

Firma del Consejero AOD o HCP: _____

Título del Consejero AOD o HCP: _____ Fecha: _____

FINALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN

Para ser completado por el cliente:

Declaro que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Nombre del cliente (en letra de imprenta)_____

Firma del cliente:_____ Fecha: _____

Comentarios Adicionales:

Para ser completado por el Consejero AOD o Profesional de la Salud (HCP):

Certifico que realicé la evaluación del cliente mencionado anteriormente.

Nombre en letra de imprenta del Consejero AOD o HCP:_____

Firma del Consejero AOD o HCP:_____

Título del Consejero AOD o HCP:_____ Fecha:_____

Nombre de la Instalación o Programa:_____

Comentarios Adicionales: