

**AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES DEL CONDADO DE ALAMEDA
PROGRAMA DE ASISTENCIA GENERAL - CUESTIONARIO DE SALUD**

Nombre del Cliente _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____ Masculino _____ Femenino _____

Caso # _____ Número del trabajador _____

¿Puede trabajar? Si No

Sí "NO", explique porque _____

HISTORIAL DE SALUD: Tiene usted o ha tenido antes:

CARDIOVASCULAR:	Sí	No
1. Corazón Engrandecido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Problemas o ataques del corazón....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Presión alta /baja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dolor o presión en el pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Palpitaciones o golpes del corazón...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fiebre Reumática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Murmullo del corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hinchazón de pies o tobillos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Varices de Venas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Desmayos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Examen de sangre anormal/EKG...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APARATO RESPIRATORIO;		
12. Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Corto de respiración.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tos crónica//Estar afónico/a.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Enfisema.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sangrar al toser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Rayos X del pecho o examen de piel TB anormal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GASTROINTSTINAL;		
18. Ictericia, hepatitis o cirrosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Almorranas o sangrar del ano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Problemas del estomago, hígado o Intestinos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ulceras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUSCULOESQUELETAL:		
22. Quebraduras/fracturas de huesos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Artritis, reumatismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Cirugía de la espalda.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Deformidad de huesos o articulaciones de la espalda.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tratamiento para tensión o dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Calambres en las piernas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Dolor de rodilla, hombro o codo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ruptura o hernia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Desviación de la columna, escoliosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Inflamación o dolor de las articulaciones....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ha usado soporte para apoyo de la espalda...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ha usado soporte para la nuca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NEUROLOGIA:	Sí	No
34. Mantener el equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ataques epilépticos o convulsiones....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Dolor de cabeza agudo o frecuente....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Lesiones de cabeza/pérdida del sentido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Pérdida de memoria o amnesia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Dificultades de concentración , seguir Instrucciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Parálisis, entumecimiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISION Y EL OIDO:		
41. Ceguera de color.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Visión doble o borrosa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Glaucoma, cataratas, otros problemas del ojo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Ojo artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Cirugía correctiva de los ojos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Pérdida del oído.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Aparato(s) para el oído.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIVERSOS:		
48. Toma alcohol: ___ Veces al día.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Uso de drogas o narcóticos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. En tratamiento por uso de droga o alcohol..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Atentado de suicidio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Pensó suicidarse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Deshabilitado/a, hospitalizado/a, o en tratamiento por dolencias emocionales o mentales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Depresión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Problemas frecuentes para dormir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Problemas de nervios de cualquier clase....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Ha usado tranquilizantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Fumado: ___ paq. al día; ___ años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Haber subido o perdido peso recientemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Condiciones/erupciones de la piel/.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Problemas serios de dientes o encías.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. ¿Esta bajo tratamiento médico?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre: _____		

DAR DETALLES ACERCA DE LO QUE RESPONDIO "SI" ANTERIORMENTE (Identifique la pregunta #) _____

ALERGICO/A:	Sí	No
63. Alergias(incluyendo medicamentos.,comida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Fiebre del heno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENDOCARDIO__HEMATOLOGICO		
65. Anemia de la Célula Hoz.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Paperas o problemas de la tiroides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Azúcar en la orina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TUMORES NO NORMALES		
69. Cáncer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Quimioterapia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Tratamiento de Cobalto u otra radiación...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Quiste o tumor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GENITAL/URINARIO:		
73. Enfermedad de los riñones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Tumor o problemas de vesícula.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Sangre en la orina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GINECOLOGICO: (Solo mujeres)		
76. ¿Está en cinta?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad o afección de los órganos femeninos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HISTORIAL ADICIONAL:		
78. ¿Ha tenido usted una lesión o enfermedad debilitante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. ¿Esta usted tomando ahora medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. ¿Le han ordenado alguna operación?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Hay algo de su salud que le preocupa?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. ¿Ha estado usted hospitalizado/a (razones medicas, cirugía, o psiquiatría)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. ¿Ha puesto alguna demanda o reclamo de alguna lesión que haya afectando su salud?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. ¿Ha recibido o solicitado o piensa solicitar un plan de subsidio o indemnización por discapacidad?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Ha tenido alguna vez:		
Un análisis de HIV positivo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnosticado con sífilis?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido una tos persistente últimamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido orina oscura, ojos o piel amarillos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido recientemente un episodio prolongado de diarrea?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIAL DE SALUD EN EL TRABAJO:	Sí	No
86. ¿Ha puesto una demanda por una lesión, enfermedad o accidente relacionado con su trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. ¿Ha estado expuesto/a regularmente a sustancias que le irritan la piel?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. ¿Tuvo alguna vez que trabajar haciendo limpieza con chorro de agua o con materiales de asbesto o silicio?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. ¿Tuvo algún trabajo donde tuvo que estar en contacto o usar sustancias químicas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. ¿Se le ha hecho difícil mantener un trabajo o le han negado trabajo por :		
Tener sensibilidad a productos químicos, polvo, luz solar, etc.?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No poder hacer ciertos movimientos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No tener la capacidad de asumir ciertas posiciones?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Previamente lastimada o espalda con dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras razones médicas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Su trabajo ha sido alguna vez limitado o restringido debido a su salud?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. Ha perdido tiempo de trabajo debido a lesiones enfermedades en los últimos cinco años?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HISTORIAL FAMILIAR DE SALUD		
93. Ha tenido alguno de sus familiares (padres, Hermanos, hijos:		
	Sí	No
* Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Relación

EXAMENES DE TUBERCULOSIS (TB) :		
94. El último rayos X:		
Fecha:_____		
Resultados:_____		
Ultimo examen de piel para la tuberculosis:		
Fecha:_____		
Resultados:_____		

DAR DETALLES ACERCA DE LO QUE RESPONDIO "SI" ANTERIORMENTE (Identifique el # de pregunta)_____

Autorizo a que se obtenga la información requerida de mis archivos para el uso de la Agencia de Servicios Sociales del Condado de Alameda.

Firma _____ Fecha _____