

**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 _____