

Las siguientes preguntas son sobre su vida y su salud. Comprendemos que pueden ser personales, pero son importantes para su atención. Hacemos estas preguntas a todos nuestros pacientes. Al igual que el resto de su cita, esta información se mantendrá en estricta confidencialidad, salvo que tengamos que comunicarla si usted planea hacerse daño a usted misma o a otros, o si alguien le está haciendo daño a usted. Puede saltarse cualquiera de estas preguntas o todas. Si tiene preguntas para su profesional de la salud, hágaselas al principio de su cita.

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

1. ¿Tiene un profesional de atención primaria? Sí No Si contestó que sí, ¿quién? _____

2. ¿Tiene empleo? (Marque todo lo que corresponda).

- Sí, a tiempo completo Sí, a tiempo parcial Sí, por contrato Sí, estacional Soy estudiante
 No, por discapacidad o enfermedad No, por cuidar a niños o ancianos No, por problemas de transporte No, por dificultad para encontrar empleo No, por otro motivo

Si tiene empleo, ¿en su trabajo está expuesta a algún producto químico, material o condición que le preocupe que pueda ser peligroso para su salud (tanto si está como si no está embarazada)?

- Sí No

3. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado?

- No terminé la escuela secundaria Parte de la escuela secundaria Diploma de escuela secundaria o GED Algunos estudios universitarios
 Diploma universitario de dos años Licenciatura Maestría Doctorado (Ph.D.)

4. ¿Qué tan fácil es para usted comprender la información de salud escrita?

- Nada Poco Algo Bastante Muy

5. ¿Qué tan fácil es para usted comprender lo que le dicen sobre su salud?

- Nada Poco Algo Bastante Muy

6. ¿Qué tan fácil es para usted completar los formularios médicos por su cuenta?

- Nada Poco Algo Bastante Muy

7. ¿Utiliza algo de lo siguiente? (Marque todo lo que corresponda).

- Cigarrillos Cigarrillos electrónicos Tabaco sin humo Pipa de agua Cigarros Ninguno de estos productos

Si contestó que sí:

¿A qué edad empezó a usar estos productos? _____

¿Cuántos consume por día? _____ Cigarros o cigarrillos _____ Paquetes _____ Cartuchos Otro: _____

¿Ha tratado alguna vez de dejar el tabaco? Sí No

¿Le interesaría tratar de dejar de fumar? Sí No

Continúe 

8. ¿Qué tan a menudo bebe alcohol?

- Nunca Menos de una vez por mes Mensualmente Semanalmente Diariamente

9. ¿Qué tan a menudo toma 4 o más bebidas alcohólicas en una misma ocasión?

- Nunca Menos de una vez por mes Mensualmente Semanalmente Diariamente

10. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en un día típico cuando bebe?

- 0-2 3-4 5-6 7-9 10+

11. ¿Ha estado en tratamiento por un problema con el alcohol?

- Sí, ahora Sí, antes No, nunca

12. ¿Está en recuperación por uso de alcohol o de sustancias ahora?

- Sí No

13. En el último año, ¿consumió drogas recreativas o usó medicamentos recetados para fines no médicos (esto incluye la marihuana)?

- Sí No

En las últimas 2 semanas, ¿qué tan a menudo se sintió así?

14. Poco interés o placer en hacer cosas

- Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

15. Tristeza, depresión o falta de esperanza

- Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

16. En los próximos dos meses, ¿le preocupa no tener una vivienda estable?

- Sí No

17. Piense en donde vive. ¿Tiene problemas con lo siguiente? (Marque todo lo que corresponda).

- Plaga de insectos Calefacción inadecuada Pintura o tuberías con plomo Moho
 Horno o estufa de la cocina no funciona No hay detectores de humo o no funcionan Filtraciones de agua Nada de lo anterior

18. En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin alimentos y no tener dinero para comprar más?

- Sí No

En el último año, ¿alguien la ha... ?

19. ¿Humillado o maltratado emocionalmente?

- Sí No

20. ¿Atemorizado?

- Sí No

21. ¿Pateado, golpeado, abofeteado o herido físicamente de otra forma?

- Sí No

22. ¿Violado u obligado a cualquier tipo de actividad sexual no deseaba?

- Sí No

23. ¿Le ha dicho que no use anticonceptivos (como la píldora, la inyección o el anillo) o se los quitó o le impidió ir a una clínica a conseguirlos?

- Sí No

24. ¿Alguien la obligó a tener relaciones sexuales sin condón (por ejemplo, se quitó el condón o lo dañó durante las relaciones sexuales)?

- Sí No

25. ¿Alguien la forzó o hizo usar un anticonceptivo cuando usted no quería o cuando no quería usar ese método específico?

- Sí No