

Seguem-se algumas perguntas sobre sua vida e sua saúde. Sabemos que elas são pessoais, mas são importantes para o seu cuidado. Fazemos estas perguntas a todos os nossos pacientes. Assim como o restante da sua consulta, a sua informação é mantida sob sigilo. No entanto, teremos de informar outras pessoas se você estiver planejando se agredir ou agredir outra pessoa, ou se alguém estiver te agredindo. Você pode pular uma ou todas as perguntas. Se tiver alguma pergunta específica para o seu profissional de saúde, por favor faça a pergunta no começo da consulta.

Nome: _____

Data de nascimento: _____

1. Você tem um clínico geral?

Sim

Não

Se tem, quem? _____

2. Está empregado(a)? (marque todas as opções que se aplicam)

Sim, tempo integral

Sim, tempo parcial

Sim, sob contrato

Sim, por temporada

Sou estudante

Não, por incapacidade ou doença

Não, por cuidar de criança ou idoso

Não, por problemas com transporte

Não, pela dificuldade de conseguir emprego

Não, por outro motivo

Se tem emprego, no trabalho você está exposto a produtos químicos, materiais ou condições que o preocupem de ser perigosos para a saúde (independentemente de estar grávida)?

Sim

Não

3. Qual foi o nível mais elevado de ensino que completou?

Não chegou ao ensino médio

Não completou o ensino médio

Diploma de ensino médio/GED

Alguns anos de faculdade

Associate Degree

Bacharelado

Mestrado

Doutorado

4. Qual é o seu nível de conforto para entender informações escritas sobre saúde?

Nenhum

Baixo

Razoável

Bom

Alto

5. Qual é o seu nível de conforto para entender o que lhe é dito sobre a sua saúde?

Nenhum

Baixo

Razoável

Bom

Alto

6. Qual é o seu nível de conforto para preencher formulários médicos sem ajuda?

Nenhum

Baixo

Razoável

Bom

Alto

7. Você usa alguns dos produtos a seguir? (Selecione todas as opções que se aplicam)

Cigarros

Cigarros eletrônicos

Tabaco sem fumo

Hookah

Charutos

Não, não uso esses produtos

Se usa:

Que idade tinha quando começou a usar? _____

Quanto usa ao dia? _____

Charutos/
Cigarros

_____ Cartelas _____ Pods

Outro: _____

Alguma vez tentou parar de usar?

Sim

Não

Quer tentar parar?

Sim

Não

8. Com que frequência toma bebidas alcoólicas?

- Nunca Menos de uma vez ao mês Mensalmente Semanalmente Diariamente

9. Com que frequência toma quatro ou mais bebidas alcoólicas em uma única ocasião?

- Nunca Menos de uma vez ao mês Mensalmente Semanalmente Diariamente

10. Quando bebe, quantas bebidas toma em um dia típico?

- 0-2 3-4 5-6 7-9 Mais de 10

11. Alguma vez fez tratamento por problemas com a bebida?

- Sim, agora Sim, no passado Não, nunca

12. No momento está em recuperação por uso de álcool ou substâncias?

- Sim Não

13. No último ano, usou alguma droga recreativa ou um medicamento receitado sem ser por problemas médicos (incluindo maconha)?

- Sim Não

Nas últimas duas semanas, com que frequência:

14. Teve pouco interesse ou prazer em fazer coisas?

- Nunca Vários dias Mais da metade dos dias Quase todos os dias

15. Sentiu-se desanimado(a), deprimido(a), sem esperança?

- Nunca Vários dias Mais da metade dos dias Quase todos os dias

16. Está preocupado(a) em ter moradia estável nos próximos dois meses?

- Sim Não

17. Pense no lugar onde mora. Tem algum problema com: (Selecione todas as opções que se aplicam)

- Infestação de insetos Aquecimento inadequado Chumbo na pintura ou nos canos Mofo
 Fogão ou forno que não funcionam Detectores de fumaça - não tem, ou não funcionam Vazamento de água Nenhuma das opções acima

18. No último ano, você se preocupou com a possibilidade de a comida acabar antes de ter dinheiro para comprar mais?

- Sim Não

No último ano, alguém:

19. te humilhou ou abusou emocionalmente de você?

- Sim Não

20. te fez sentir medo dessa pessoa?

- Sim Não

21. te chutou, bateu, esbofeteou ou agrediu fisicamente de outra forma?

- Sim Não

22. te estuprou ou forçou a fazer algum tipo de atividade sexual contra a sua vontade?

- Sim Não

23. te disse para não usar um método contraceptivo (como a pílula, injeção, anel, etc.), tirou ou seu método contraceptivo ou te impediu de ir à clínica para buscar o contraceptivo?

- Sim Não

24. te obrigou a ter sexo sem preservativo quando você queria usar, tirou o preservativo durante o sexo ou rasgou o preservativo de propósito?

- Sim Não

25. Te obrigou ou forçou a usar um método contraceptivo quando você não queria usar, ou não queria usar esse método específico?

- Sim Não