

### Cuestionario médico/psicológico/SAPT

nombre del cliente: \_\_\_\_\_  
 MRN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_

\*¿Estás embarazada? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Se negó \_\_\_

\*¿Tienes hijos? Sí \_\_\_ No \_\_\_

\*Número de niños que actualmente viven en el hogar \_\_\_\_\_

\*¿Alguno de sus hijos necesita servicios de salud conductual? sí \_\_\_ No \_\_\_ Se negó \_\_\_

\*Referencia a: \_\_\_\_\_

\*Si su terapeuta cree que usted sería apropiado para grupos terapéuticos, ¿preferiría un grupo específico de género o un grupo con hombres y mujeres? todos hombres \_\_\_ todas mujeres \_\_\_ ambos hombres/mujeres \_\_\_

\*¿Tiene un médico de atención primaria? Sí No \_\_\_

\*Nombre del médico: \_\_\_\_\_

\*SI NO, remisión a: \_\_\_\_\_ \*Remisión rechazada \_\_\_\_\_

¿Se ha realizado un examen físico en los últimos 6 meses? Sí \_\_\_ No \_\_\_ (Fecha del examen) \_\_\_\_\_

¿Están sus vacunas al día? Sí No \_\_\_

\*¿Tiene dentista? sí No \_\_\_

\*Nombre del dentista: \_\_\_\_\_

\*Si NO, remitir a: \_\_\_\_\_ \* Remisión rechazada \_\_\_\_\_

¿Ha visitado a un dentista en los últimos 6 meses? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Ha experimentado algún problema dental en los últimos 6 meses? Sí No \_\_\_

En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

**Enumere cualquier problema médico que le afecte, pasado o presente:**

Problema	Actual	Pasado	Médico tratante

**Por favor enumere todas las hospitalizaciones médicas, aparte del parto, que haya tenido en los últimos 5 años.:**

Condición	Hospital	Fecha

¿Está usted tomando actualmente algún medicamento (incluidos los que son sin receta medica)? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ En caso afirmativo, especifique:

Medicamento	Razón para tomarlo	¿Quién lo recetó?

¿Alguna vez ha tomado algún medicamento psiquiátrico? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ En caso afirmativo, especifique:

Medicamento	Razón para tomarlo	¿Quién lo recetó?

**Tratamiento psiquiátrico previo/por abuso de sustancias:**

Médico/terapeuta del centro	Fecha

**Evaluacion nutricional:** ¿Experimenta alguno de los siguientes? Por favor marque cualquiera que corresponda.

atracones		Purgar	
Ejercicio excesivo		Uso de laxantes	
Ausencia de menstruación		Comer en exceso compulsivamente	
Cambios en los hábitos alimentarios		Otro	

¿En los últimos 3 meses ha perdido 10 libras de peso? Sí No \_\_\_\_

¿En los últimos 3 meses ha aumentado de peso 10 libras? Sí No \_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia alimentaria conocida? Sí No \_\_\_\_

En caso afirmativo, indique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Evaluación del dolor:**

¿Sientes dolor físico? Sí No \_\_\_\_

Por favor califique su dolor a continuación:

**1 – Mínimo 2 – Leve 3 – Moderado 4 – Doloroso 5 – Severo**

¿Dónde está tu dolor? \_\_\_\_\_

¿Está siendo tratado por su dolor? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿es útil el tratamiento? Sí No \_\_\_\_

**Detección de tuberculosis: (marque uno)**

¿Alguna vez le han dicho que tiene tuberculosis (TB)?	Sí No
Si es así, ¿fue tratado?	Sí No
¿Alguna vez ha tenido contacto con alguien que tuviera tuberculosis activa?	Sí No
¿Hay algún antecedente de tuberculosis en su familia? Si es así, ¿quién? _____	Sí No
¿Estás sin hogar?	Sí No
¿Ha vivido recientemente en un refugio o cárcel para personas sin hogar?	Sí No
¿Ha vivido en un área donde se sabe que existe una mayor prevalencia de tuberculosis?	Sí No
¿Conoce su estado respecto al VIH (virus de Inmunodeficiencia humana)?	Sí No

¿Es usted un consumidor de drogas intravenosas?

Sí No

**\*Si la respuesta a una de las preguntas anteriores es "Sí", consulte a su médico.**

¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas?

- ¿Ha tenido tos (durante 3 semanas o más)? Sí No
- ¿Te sientes débil? Sí No
- ¿Tienes fiebre? Sí No
- ¿Ha tenido alguna pérdida de peso? Sí No
- ¿Ha tenido pérdida de apetito? Sí No
- ¿Tienes sudores nocturnos? Sí No
- ¿Estás tosiendo sangre? Sí No
- ¿Tiene dolor en el pecho al toser? Sí No
- ¿Está usted crónicamente desnutrido? Sí No
- ¿Tienes diabetes? Sí No

**\*Si la respuesta a 2 de las preguntas anteriores es "Sí", consulte a su médico.**

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**To be completed by interviewing clinician:**

- Client has listed a medical condition necessitating further follow-up. Yes No
- Client has listed a pain condition of 3 or more. Yes No
- Further TB Screening is indicated. Yes No

**\*If "Yes" to any of the above, request Physician Review.**

- Nutritionist referral indicated and scheduled as follows: Yes No  
Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_
- Immunizations are up to date. Yes No  
If no, specify: \_\_\_\_\_

**Physician Review Requested? Yes No**

**Signature of Interviewing Clinician \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_**

**Physician Review:**

This Medical Questionnaire was reviewed today. The patient \_\_\_\_\_ was present \_\_\_\_\_ was not present.

Recommendations:

- \_\_\_\_\_ No intervention by LifeSpring physician indicated.
- \_\_\_\_\_ Patient will be instructed to have follow-up with personal physician for \_\_\_\_\_.
- \_\_\_\_\_ Patient will be referred for further TB Screening.
- \_\_\_\_\_ Patient will be scheduled with LifeSpring physician.

**Signature of Reviewing Physician: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_**