



La Clínica

- LC Transit Village San Antonio NHC Clínica Alta Vista
- LC Pittsburg LC Vallejo LC Monument
- LC Great Beginnings LC North Vallejo LC SBHC

EVALUACION BREVE DE SALUD (13-17)

PATIENT I.D. CARD
 PATIENT NAME _____ SEX: M F
 MR# _____ DOB _____
 PRIMARY PROVIDER _____ DATE _____

For Office Use Only

TODAY'S DATE: - -
MONTH DAY YEAR

AGE: MR#: -

Ejemplo:

	NUNCA	A VECES	MUCHO	SIEMPRE
1. ¿Con qué frecuencia te sientes ansioso/a o incapaz de relajarte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Con qué frecuencia se te hace difícil quedarte sentado/a o concentrarte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Con qué frecuencia sufres de dolores de cabeza o del estómago o malestares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Con qué frecuencia tienes dificultad para dormir or duermes más de lo necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Con qué frecuencia te preocupas por problemas en la casa o la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Con qué frecuencia sientes un fuerte impulso de repetir acciones (por ejemplo, lavarte las manos, limpiar, contar u ordenar cosas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Con qué frecuencia te enojas más de lo que la situación amerita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Con qué frecuencia tienes desacuerdos con tus padres o guardianes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Con qué frecuencia te sientes desanimado/a, triste o lloroso/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Con qué frecuencia tomas o usas drogas para relajarte, sentirte más agusto contigo mismo o para integrarte con los demás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Tienes con quién platicar cuando tienes algún problema?	No <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>	
12. ¿Hay conflictos en tu familia causados por la diferencia entre las culturas o hay dificultades en adaptarse a la vida estadounidense?	No <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>	
13. ¿Comes en secreto o tratas de controlar tu peso haciéndote vomitar, usando pastillas, laxantes o purgantes, o dejando de comer?	No <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>	
14. ¿Alguna vez has pensado seriamente en escaparte de tu casa?	No <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>	
15. ¿Alguna vez te has lastimado a propósito (cortarte, rascarte o quemarte a tí mismo/a)?	No <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>	
16. ¿Alguna vez has observado o escuchado un acto de violencia en tu hogar o barrio?	No <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>	
17. ¿Has portado una pistola, navaja, garrote o alguna otra arma?	No <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>	
18. ¿Alguna vez te han abusado físicamente o emocionalmente, o tocado de una manera que te hizo sentir incómodo/a?	No <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>	
19. ¿Piensan otras personas que tu los intimidas o amenazas?	No <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>	
20. ¿Alguna vez has golpeado, pateado, pegado o amenazado a tu novio/a?	No <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>	
21. ¿Te preocupas por alguien de tu familia que toma mucho o usa drogas?	No <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>	
22. ¿Alguna vez alguien te ha dicho que tomas o usas drogas demasiado?	No <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/>	

For Office Use Only

PCP Sig: _____ Date: _____ BMS Referral Decl. Ref. Not Needed F/U Screen