

CUESTIONARIO INICIAL SOBRE PROBLEMAS DE SALUD

FECHA:

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN (NIE, PASAPORTE o NUHSA si lo tiene):

GÉNERO:

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA DE LLEGADA:

CENTRO DE ACOGIDA:

1- ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?

- NO (pasar a pregunta 3)
- SI ¿Cuál?.....

2- ¿NECESITA TOMAR ALGÚN TRATAMIENTO DE FORMA CONTINUADA POR ESA ENFERMEDAD?

- NO (pasar a pregunta 4)
- SI

3- ¿TIENE LAS MEDICINAS NECESARIAS PARA CONTINUAR SU TRATAMIENTO?

- NO y he tenido que dejar de tomarlo
- SI, lo estoy tomando pero en poco tiempo voy a necesitar más medicinas para poder continuarlo
- SI, tengo tratamiento suficiente para continuar

4- Si es mujer, ¿ESTÁ EMBARAZADA O PIENSA QUE PUEDE ESTARLO?

- NO
- SI

¿De cuántas semanas o cuándo tuvo la última regla?.....

¿Está teniendo algún problema durante el embarazo? Especifique:

.....

5- ¿PRESENTA SÍNTOMAS EN EL MOMENTO ACTUAL?

- NO
- SI (marcar todos los que presente)
 - Fiebre
 - Respiratorios (tos, falta de aire o ahogo, dolor en la garganta, dolor en el pecho, exceso de moco)
 - Diarrea o vómitos
 - De la piel
 - Dolor continuado
 - Molestias o dolor al orinar
 - Otros (especificar)