



CUESTIONARIO INICIAL DE SALUD

CENTRO DE ACOGIDA:

FECHA:

IDENTIFICACIÓN (datos de filiación o código que asignemos por confidencialidad):

1- ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?

NO (siga a la pregunta siguiente)

SI, ¿cuál?

2- ¿PADECE ALGUNA LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD, AUDITIVA O VISUAL?

NO (siga a la pregunta siguiente)

SI, ¿cuál?

3- Si es mujer, ¿ESTÁ EMBARAZADA?

NO (siga a la pregunta siguiente)

SI:

¿De cuántas semanas o fecha de última regla?

¿Está teniendo algún problema durante el embarazo? Especifique:

4- ¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN TRATAMIENTO DE FORMA CONTINUADA?

NO (siga a la pregunta siguiente)

SI:

Por enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, enfermedad del corazón...)

Por dolor crónico

Por tuberculosis, VIH u otras enfermedades infecciosas

Por ansiedad, depresión u otros problemas de salud mental

5- ¿ESTÁ PENDIENTE DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

NO (siga a la pregunta siguiente)

SI, ¿cuál?

6- ¿ESTÁ PENDIENTE DE RECIBIR O HA INTERRUMPIDO UN TRATAMIENTO HOSPITALARIO?

NO (siga a la pregunta siguiente)

SI:

Tratamientos para el cáncer
Tratamiento inmunosupresor
Tratamiento VIH
Otro

7- ¿PRESENTA SÍNTOMAS EN EL MOMENTO ACTUAL?

NO (siga a la pregunta siguiente)

SI:

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
Otros

8- ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA O INTOLERANCIA?

NO

SI:

A medicamentos, ¿cuáles?

A alimentos, ¿cuáles?

9- ¿HA SUFRIDO ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA DURANTE EL TRAYECTO?

NO

SI, ¿qué tipo?

Violencia física
Violencia psicológica
Violencia sexual
Otro tipo de violencia