



PRIMERA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE SALUD

Guía de Recursos para la Atención Sanitaria y Alfabetización en Salud a
Personas Refugiadas y Migrantes en Andalucía

Febrero 2024



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