

Detección de Hepatitis y VIH

Alguna vez, usted:

- ¿Ha inyectado drogas? * No o ? Sí
 ¿Sí?, Droga preferida: _____ Ultima vez: _____
 ¿Ha inhalado drogas? No o ? Sí
 ¿Ha compartido jeringas? No o ? Sí
 ¿Le han diagnosticado con la hepatitis C? No o ? No
 ¿Tiene historial clínico de enfermedades del hígado o de la hepatitis B? No o ? No
 ¿Le han diagnosticado con el VIH? No o ? No

Como parte de una prueba e rutina, todos son evaluados para Hepatitis y VIH a menos que el individuo se rehúse

Me gustaría declinar la prueba

*****Notify the IPN of patients with known chronic Hepatitis B, chronic Hepatitis C, or HIV infection*****

Evaluación para la tuberculosis y el contagio

- ¿Ha tenido usted resultados positivos de la sangre o de la piel en cuanto a la tuberculosis? No Sí
 ¿Tiene usted tos que le ha durado más de tres semanas? No Sí
 ¿Tiene tos con sangre? No Sí
 ¿Tiene usted fiebre, escalofríos o sudores nocturnos? No Sí
 ¿Se ha bajado usted de peso sin querer? No Sí
 ¿Le ha dicho algún amigo o familiar o persona con la cual tiene usted contacto que tiene TB? tuberculosis? No Sí
 ¿Tiene usted diarrea o la ha tenido en los últimos días? No Sí
 ¿Tiene usted pus o líquido que le sale de alguna parte de su cuerpo? No Sí
 ¿Tiene usted salpullido o ronchas? No Sí
 Emergent referral to provider

Head/Body check for lice (*Examen de la cabeza/cuerpo por piojos*). Results: _____

OBSERVATIONS

LEVEL OF CONSCIOUSNESS	MENTAL STATUS	BEHAVIOR	APPEARANCE	SKIN CONDITION
<input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Drowsy <input type="checkbox"/> Confused <input type="checkbox"/> Agitated	<input type="checkbox"/> Oriented x 3 <input type="checkbox"/> Normal Affect <input type="checkbox"/> Flat Affect <input type="checkbox"/> Elated <input type="checkbox"/> Fearful <input type="checkbox"/> Hypervigilant <input type="checkbox"/> Hallucinating <input type="checkbox"/> Delusional <input type="checkbox"/> Incoherent	<input type="checkbox"/> Cooperative <input type="checkbox"/> Passive <input type="checkbox"/> Evasive <input type="checkbox"/> Demanding <input type="checkbox"/> Angry <input type="checkbox"/> Threatening <input type="checkbox"/> Combative <input type="checkbox"/> Slurred Speech <input type="checkbox"/> Tearful <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> Relaxed <input type="checkbox"/> Clean & Neat <input type="checkbox"/> Disheveled <input type="checkbox"/> Dirty <input type="checkbox"/> Tremulous <input type="checkbox"/> Deformity <input type="checkbox"/> Appears intoxicated <input type="checkbox"/> Odor of ETOH <input type="checkbox"/> Self-Inflicted Injury <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> Unremarkable <input type="checkbox"/> Bruises <input type="checkbox"/> Breaks in Skin <input type="checkbox"/> Jaundice <input type="checkbox"/> Diaphoretic <input type="checkbox"/> Track Marks <input type="checkbox"/> Scars <input type="checkbox"/> Infestations <input type="checkbox"/> Skin Infections <input type="checkbox"/> Other:
<p style="text-align:center;">GAIT</p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Unsteady <input type="checkbox"/> Limping <input type="checkbox"/> Other:				

Prosthesis, Orthotics, or Special Equipment Needs:

FEMALES ONLY / MUJERES SOLAMENTE

¿Está embarazada o piensa que lo puede estar? No Sí
 Si contestó que sí, explique: _____ LMP: _____

↳ If patient has an emergent medical, dental, or mental health complaint, refer to appropriate provider immediately. ↵

Disposition: General Population Referred to: _____ **EMERGENT REFERRAL**
 Cleared for kitchen duty

COMPLETED BY (signature and stamp)	DATE/TIME
------------------------------------	-----------

Las leyes estatales y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de quien se trata, o según la ley.