



NOMBRE DEL PACIENTE:	
NUMERO DEL DOC:	FECHA DE NACIMIENTO:

EVALUACION DE ADMISION DE INTERNOS

INSTRUCCIONES: El Personal Llenará Este Formulario De Evaluación Para Todos Los Recién Llegados De Instituciones Fuera Del Doc.

FECHA:	RECIBIDO DE:	INSTITUCION RECIBIDORA:
Weight: _____ BP: _____ Pulse: _____ SpO2: _____ Temp: _____ Resp: _____		
Usa usted:		¿Sí,? explique:
Lentes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Los trae?	_____
De contacto	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Los trae?	_____
Dentadura	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿La trae?	_____
Parciales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Los trae?	_____
Prótesis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿La trae?	_____
Aparatos-oídos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Los trae?	_____
Otro (explique)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Los trae?	_____
¿Tiene Alergias? Si contestó que "sí," explique a que tiene alergia y las reacciones:		<input type="checkbox"/> Ninguno
¿Qué problemas médicos tiene?		<input type="checkbox"/> Ninguno
¿Qué proveedor ve usted para sus necesidades médicas?		<input type="checkbox"/> Ninguno
¿Qué proveedor ve usted para sus necesidades de salud mental?		<input type="checkbox"/> Ninguno
¿Está tomando algún tipo de medicina? Si contestó que "sí," cuál? para qué? dosis?, y última vez que tomó:		<input type="checkbox"/> Ninguno
¿Está usted actualmente en tratamiento asistido con medicamentos (MAT) por cualquier dependencia a sustancias químicas? Si contestó que "sí": ¿De qué tipo? ¿Cuánto tiempo ha estado en tratamiento? ¿Cuál es su dosis actual? ¿Cuándo tomo su última dosis?		<input type="checkbox"/> No
Información del prescriptor: ¿Tendrá acceso a su medicamento el día de su liberación? (explique y consulte al médico prescriptor)		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿En qué farmacia recoge sus medicamentos?		<input type="checkbox"/> Ninguno

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. State law and/or federal regulations prohibit disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law.



NOMBRE DEL PACIENTE:	
NUMERO DEL DOC:	FECHA DE NACIMIENTO:

EVALUACION DE ADMISION DE INTERNOS

En las últimas dos semanas ha consumido usted:

Si la respuesta es sí, liste la fecha de ultimo uso y la frecuencia de uso:

Alcohol	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Benzodiazepinas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Barbitúricos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Opiáceos (cuáles?)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Otras drogas ilícitas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	_____

¿Alguna vez ha tenido síndrome de abstinencia grave de una de estas drogas? Sí No

Si contestó que "sí," explique:

Detección de Hepatitis y VIH

¿Alguna vez ha usado drogas intravenosas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Alguna vez ha inhalado drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Le han diagnosticado con la hepatitis C?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Le han diagnosticado con el VIH?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Quiere que le hagan la prueba para la hepatitis o el VIH?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí

Evaluación para la tuberculosis y el contagio

¿Ha tenido usted resultados positivos de la sangre o de la piel en cuanto a la tuberculosis?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene usted tos que le ha durado más de tres semanas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene tos con sangre?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene usted fiebre, escalofríos o sudores nocturnos?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Se ha bajado usted de peso sin querer?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿A alguien que usted conozca, recientemente le han dicho que tiene tuberculosis?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene usted diarrea en este momento, o ha tenido diarrea en los últimos días?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene usted pus o líquido que le sale de alguna parte de su cuerpo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene usted salpullido o ronchas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí

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 practitioner and IPN if patient has known chronic Hepatitis B, chronic Hepatitis C, or HIV infection ~

¿Tiene ahora o ha tenido en el pasado una enfermedad infecciosa? No Sí

Si contestó que "sí," explique al indicar la clase y dé detalles:

Head/Body check for lice. Results: None observed Lice/eggs present (refer to practitioner)

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. State law and/or federal regulations prohibit disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law.



NOMBRE DEL PACIENTE:	
NUMERO DEL DOC:	FECHA DE NACIMIENTO:

EVALUACION DE ADMISION DE INTERNOS

SALUD MENTAL

¿Alguna vez trató de lastimarse o suicidarse? No Sí
Sí sí: a) ¿Cuántas veces? _____ b) ¿Cuándo fue la última vez? _____
 c) ¿Qué pasó después? Nada Tratamiento médico Hospitalizado por razones psiquiátricas
 ¿Alguna vez intentó provocar a otros a matarlo (p.ej., suicidio por policía)? No Sí
 ¿Usted piensa en lastimarse o suicidarse en este momento? No Sí
 ~ **Notify Mental Health (MH) on-site, or if after hours, contact MH Duty Officer if patient reports current thoughts of hurting or killing self or if patient reports attempts to harm self in past six (6) months. ~**
DATE and TIME MH notified: _____ **NAME of MH staff notified:** _____

OBSERVATIONS

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

*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:

DISPOSITION

General Population Appropriate Medical Housing Emergent Referral

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