



## HISTORIAL BIO-PSICOSOCIAL

### SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de admisión	<input type="text"/>	Número de expediente	<input type="text"/>
		Seguro Social	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Apellidos	Nombre	Inicial
Nombre de preferencia	<input type="text"/>		
Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>
	Mes / Día / Año		
Género	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Transgénero (hombre a mujer)
	<input type="checkbox"/> Se rehúsa contestar	<input type="checkbox"/> Transgénero (otro)	<input type="checkbox"/> Transgénero (mujer a hombre)
	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="text"/>	
Dirección física	<input type="text"/>		
Dirección postal	<input type="text"/>		
Teléfono 1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Trabajo
		<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Otro
Teléfono 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Trabajo
		<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Otro
Correo electrónico	<input type="text"/>	Participante autoriza contactar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comentarios	<input type="text"/>		

### INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto	<input type="text"/>	Relación con el participante	<input type="text"/>
Teléfono 1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Trabajo
		<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Otro
Teléfono 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Trabajo
		<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Otro
Dirección	<input type="text"/>		
¿Conoce su estatus de VIH/SIDA?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Comentarios
			<input type="text"/>

### SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE EDAD

Nombre del padre	<input type="text"/>	Reside con el menor	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre de la madre	<input type="text"/>	Reside con el menor	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre del encargado	<input type="text"/>	Parentesco	<input type="text"/>	

## SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

<b>Raza / Etnicidad</b>	<input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Latino	<input type="checkbox"/> Más de una raza		
	<input type="checkbox"/> Nativo-americano / Nativos de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático		
	<input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano	<input type="checkbox"/> Blanco			
<b>Estado Civil</b>	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Convive	<input type="checkbox"/> Separado

<b>Ciudadanía estadounidense</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<b>Veterano</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<b>Residente</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No, estatus migratorio

<b>Escolaridad</b>	<input type="checkbox"/> Menor a 4to año escolar	<input type="checkbox"/> 4to año escolar	<input type="checkbox"/> Grado asociado	<input type="checkbox"/> Bachillerato
	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="text"/>
¿Se encuentra estudiando actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		

<b>Seguro Médico</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO</b>
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>
<b>Cubierta de farmacia</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<b>Cubierta especial</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

<b>Historial social</b>	<input type="checkbox"/> Vive solo	<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Maltrato de menores
	<input type="checkbox"/> Envejeciente	<input type="checkbox"/> Problemas legales	
	<input type="checkbox"/> Uso problemático de sustancias, especifique:	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="text"/>	

### SECCIÓN 3: HISTORIAL DE SALUD

#### HISTORIAL DE VIH Y OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Pruebas de VIH		Fecha	Resultado
ELISA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Western Blot	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
4ta o 5ta generación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Lugar de diagnóstico	Fecha de diagnóstico		
Estatus actual de VIH	<input type="checkbox"/> SIDA (Definido por el CDC)	<input type="checkbox"/> (VIH +) Asintomático	<input type="checkbox"/> (VIH +) Sintomático
Modo de transmisión	<input type="checkbox"/> Hombre sexo con Hombre (HSH)	<input type="checkbox"/> Usuario drogas intravenosa (UDI)	<input type="checkbox"/> HSH / UDI
	<input type="checkbox"/> Relación Heterosexual	<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Hemofilia
	<input type="checkbox"/> Desconoce		
¿Ha estado hospitalizado/a por alguna enfermedad relacionada con la infección del VIH/SIDA?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Especifique: <input type="text"/>			
¿Padece de alguna infección de transmisión sexual para la que necesite tratamiento médico?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Seleccione todas las que apliquen:</b>			
<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	
<input type="checkbox"/> Pediculosis pubis (ladilla)	<input type="checkbox"/> Virus de Papiloma Humano (VPH)	<input type="checkbox"/> Clamidia	
<input type="checkbox"/> Verrugas genitales	<input type="checkbox"/> Gonorrea	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	

#### HISTORIAL DE CONDUCTAS DE RIESGO

Sexo con	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Ambos
Pareja Sexual	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Una	<input type="checkbox"/> Múltiples
Prácticas sexuales	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Todas
Uso del Condón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces
Métodos Anticonceptivos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces

#### OTRAS CONDICIONES DE SALUD

¿Paciente perinatal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha utilizado sustancias controladas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está usted recibiendo o ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Padece de alguna otra condición de salud para la que necesite tratamiento o medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Diagnóstico	Tratamiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## SECCIÓN 4: RECURSOS ECONÓMICOS

### Estatus de empleo

 Trabajo tiempo completo

 Trabajo a tiempo parcial

 Trabajo por temporada

 Incapacitado/a

 Desempleado/a

 Retirado/a

Ocupación

Lugar

### Ingresos (Completar si aplica)

TIPO DE INGRESO	Cantidad	Frecuencia
Empleo	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Programa Asistencia Nutricional	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Desempleo	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Programa Asistencia Económica	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Seguro Social	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Pensión de: <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro: <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Ingreso mensual</b>	<b>\$ <input type="text"/></b>	

**INGRESO ANUAL ESTIMADO\*** (multiplicar ingreso mensual por 12)

 \$ 

\*Utilizar como referente el ingreso mensual de elegibilidad de Medicaid, multiplicado por 12, de ser aplicable.

Cantidad de dependientes:

### COMPOSICIÓN FAMILIAR

Nombre	Edad	Relación	Reside con participante		Estatus de VIH	Conocimiento estatus VIH del participante	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

## SECCIÓN 5: AVALÚO DE VIVIENDA

### ESTATUS DE VIVIENDA

**Categoría A: Literalmente sin hogar**

- Sin hogar (calle, estructura abandonada, vehículo de motor, otro)  Albergue de emergencia
- "Safe Haven" (Programa de vivienda para personas diagnosticadas con condiciones de salud mental severas)
- Otro

**Categoría B: Vivienda no-permanente**

- Vivienda transitoria para PSH  Sustancias / Centro de "Detox"  Hotel o motel pagado con subsidio
- Facilidad de Cuidado Prolongado  Reside con familiares o amigos  Institucionalizado
- Programa de Desvío  Otro

**Categoría C: Vivienda permanente**

- Casa propia  Égida  Vivienda alquilada sin subsidio
- Vivienda alquilada con subsidio  Vivienda Permanente con servicio de apoyo a PSH

**Participante se rehusó a contestar**

**No sabe**

**Otro**

### RIESGO DE PÉRDIDA DE VIVIENDA

¿En los últimos seis meses, ha enfrentado alguna barrera para asegurar la estabilidad de su hogar?  Sí  No

De contestar "Sí", indique si algunas de las barreras están relacionadas con:

- Deudas  Pobre o ningún historial crediticio
- Ingresos insuficientes  Familia compuesta por más de tres personas
- Pérdida de empleo  Historial reciente de uso problemático de sustancias o alcohol
- Historial criminal reciente  Otro

¿Existe alguna razón que no le permita permanecer en su residencia? (*Divulgación de diagnóstico, temor o rechazo, orientación sexual, estilo de vida, uso problemático de sustancias y alcohol*)  Sí  No

De contestar "Sí", explique en el espacio provisto:

¿En algún momento se ha quedado sin hogar?  Sí  No

De contestar "Sí", indique:

¿Por cuánto tiempo?

¿Cuál fue la razón?

¿Ha solicitado alguna ayuda para atender sus asuntos de necesidades vivienda?

Sí

No

De contestar "Sí", indique el tipo de ayuda solicitado:

¿Considera que su salud está en riesgo debido a su estatus de vivienda?

Sí

No

De contestar "Sí", indique por qué en el espacio provisto:

En caso de emergencia (tormentas, huracanes, condiciones severas del tiempo o terremotos), ¿en qué lugar usted pasará la noche?

#### NOTA IMPORTANTE

**Si el paciente está en riesgo de perder la vivienda, deberá referirlo a los programas de asistencia de vivienda disponibles en su región.**

\_\_\_\_\_  
Firma del/la Manejador/a de Casos Clínico

\_\_\_\_\_  
Fecha Entrevista