

ANNUAL PATIENT HEALTH SCREENING

Form # 44003



MENDOCINO COMMUNITY HEALTH CLINIC, INC.

1. Do you smoke cigarettes? Yes No
If yes, how many packs per day? _____ How many years have you smoked? _____
2. Do you drink alcohol? Never Rarely Occasionally Most days
How many drinks in a typical day? _____
Have you thought of cutting down? Yes No
Have friends or family ever suggested you cut down? Yes No
3. Do you use illegal drugs like speed, heroin or cocaine? Yes No
If yes, do you ever use drugs using a needle? Yes No
4. Over the last two weeks, have you experienced having little or no pleasure in doing things? Yes No
5. In the past two weeks have you felt down, depressed or hopeless? Yes No
6. Are you currently sexually active? Yes No
If so, do you use birth control? Yes No
Are you concerned that you may have been exposed to AIDS? Yes No
7. Are you currently in a relationship where you feel unsafe or abused? Yes No
8. Is there a handgun in your home? Yes No
9. Do you have challenges with Speech Vision Hearing Mobility Transportation
 Other _____
10. What is your primary language? _____
Do you need an interpreter? Yes No
11. Does your religion or spirituality affect your health care decisions? Yes No
12. How do you learn best? reading talking being shown listening to tapes pictures or videos
 Other _____
13. Do you ever have difficulty with housing? Yes No
14. Do you, or does anyone in your immediate family, work on a farm? Yes No

Provider Signature: _____ Date: _____

Nurse Initial: _____

Patient Name: _____

DOB: _____

Medical Record #: _____

HILLSIDE HEALTH CENTER • 333 Laws Ave., Ukiah, CA 95482 • (707) 468-1010
LITTLE LAKE HEALTH CENTER • 45 Hazel St., Willits, CA 95490 • (707) 456-9600
LAKESIDE HEALTH CENTER • 5335 Lakeshore Blvd., Lakeport, CA 95453 • (707) 263-7725

MCHC ANNUAL PATIENT HEALTH SCREENING

Rev: 03/06

REVISION ANUAL DE LA SALUD DEL PACIENTE

Form # 44003_S



MENDOCINO COMMUNITY HEALTH CLINIC, INC.

1. ¿Fuma usted cigarros? Sí No
 Si fuma, cómo cuantos paquetes al día _____ Cómo cuantos años ha fumado? _____
2. ¿Usted toma alcohol? Nunca Raramente Ocasionalmente La mayoría de los días
 Cómo cuantas bebidas toma al día _____
 ¿Ha pensado en tomar menos? Sí No
 ¿Han sugerido sus amigos o familia que deje de tomar? Sí No
3. ¿Usa drogas ilegales como anfetaminas, heroína o cocaína? Sí No
 ¿Si uso, alguna vez uso con una aguja? Sí No
4. ¿En las últimas dos semanas, ha usted sentido muy poco o nada de placer en hacer cosas? Sí No
5. ¿En las últimas dos semanas se ha sentido deprimido, desesperado o sin esperanza? Sí No
6. ¿Esta en una relacion sexual o intima? Sí No
 ¿Si eso es el caso, utiliza usted anticonceptivos? Sí No
 ¿Esta preocupado de que puede haber estado expuesto al SIDA? Sí No
7. ¿Esta actualmente en alguna relación que se sienta inseguro o abusado? Sí No
8. ¿Hay alguna pistola en su casa? Sí No
9. Tiene dificultad con Habla Visión Oído Movilidad Transporte
 Otro _____
10. ¿Cual es su primera lengua? _____
 ¿Necesita un intérprete? Sí No
11. ¿Su religión o espiritualidad afecta las decisiones de su cuidado de salud? Sí No
12. Cual es la mejor forma de aprender para usted Leer Hablar Enseñándole Escuchando Casetes
 Fotografias ó videos Otro _____
13. ¿Alguna vez ha tenido dificultad con la vivienda? Sí No
14. ¿Usted o alguien cercano de la familia, trabaja en la agricultura? Sí No

Firma del Proveedor: _____ Fecha: _____

Nurse Initial: _____

Patient Name: _____

DOB: _____

Medical Record #: _____



HILLSIDE HEALTH CENTER • 333 Laws Ave., Ukiah, CA 95482 • (707) 468-1010
 LITTLE LAKE HEALTH CENTER • 45 Hazel St., Willits, CA 95490 • (707) 456-9600
 LAKESIDE HEALTH CENTER • 5335 Lakeshore Blvd., Lakeport, CA 95453 • (707) 263-7725

REVISION ANUAL DE LA SALUD DEL PACIENTE