Paper Form. For Print Only.
(This notice will not print)

BP-A0360
JUN 10

HEALTH INTAKE ASSESSMENT/HISTORY CDFRM

PART 1

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE **FEDERAL BUREAU OF PRISONS**

Inmate Name:	**Register No:**	**Institution:**
Inmate Received From: ☐ **Court** ☐ **Jail** ☐ **Self-surrender** ☐ **Other** _____		

INMATE: PLEASE COMPLETE ITEMS 1-14.
For non-English speaking, template provided in: ☐ Spanish ☐ Other _____

1. MEDICATIONS: Please list all current medications, doses, and date/time last taken:

2. ALLERGIES: Please check any allergies you have had.

☐ Medications:	
☐ Foods (list):	☐ Other:

3. MEDICAL ILLNESSES: Please check any conditions you currently have or have had in the past.

☐ Heart attack/disease	☐ Blood clot	☐ Angina	☐ Diabetes	☐ Sickle cell disease
☐ Lung disease	☐ Asthma	☐ Stroke	☐ High blood pressure	☐ Seizures/Epilepsy
☐ Cancer Type:_____ When:_____		☐ Other _____	_____	_____

4. INFECTIOUS DISEASE: Please check any conditions you currently have or have had in the past.

☐ Positive TB skin test	☐ Tuberculosis ☐ Cough up blood ☐ Persistent cough- how long?_____ ☐ Night sweats		
☐ Chickenpox or shingles	☐ Gonorrhea	☐ Chlamydia	☐ Do you currently have a rash, open sore or wound? Where: _____
☐ HIV (how long) _____	☐ Hepatitis (Type):_____	☐ Herpes	☐ Blood transfusion
☐ Recent travel outside US: When: _____ Where: _____	☐ Syphilis ☐ Treated? When: _____ Where: _____		When: _____ Why: _____

Are you at risk for HIV and/or hepatitis due to sharing needles, high-risk sex or tattooing?
☐ Yes ☐ No ☐ Don't know
(If you do not know, please discuss any concerns with a health care provider and request testing if appropriate)

5. NERVOUS CONDITIONS: Please check any conditions you currently have or have had in the past.

Have you ever had a mental illness? ☐ No ☐ Yes Specify:		
☐ Suicidal thoughts When: _____	☐ Head injury When: _____ How: _____	☐ Loss of Consciousness When: _____ How: _____
☐ Suicide Attempt When: _____	How: _____	

6. DRUGS AND ALCOHOL: Are you now using, or have you in the past used any of the following:

SUBSTANCE	HOW USED (Needle, Smoked, Snorted, Pills)	DATE OF LAST USE
☐ Tranquilizers (Valium, Xanax, etc)		
☐ Opiates (Heroin, Methadone, Oxycontin, Vicodin, other)		
☐ Barbituates (phenobarbital, Seconal, other)		
☐ LSD/Hallucinogens/PCP		
☐ Marijuana		
☐ Other		

Alcohol History: Please complete the following:

Type used: (beer, wine, vodka, etc.)	How often:(daily, weekly)	Usual Amount	Date of last drink

Have you ever had, or are you now having, any withdrawal symptoms when you have stopped using drugs or alcohol:
☐ No ☐ Yes
If yes, please describe: _____

Do you use:

Tobacco: ☐ Yes ☐ No How much? _____Pack/Day How long? _____Years

7. PAIN ASSESSMENT:

Do you currently suffer from any painful condition? ☐ No ☐ Yes - Location: _____

8. DENTAL: Do you currently have any of the following:

☐ Pain in teeth or mouth	☐ Swelling in mouth, jaws, or neck	☐ Dental emergency which you feel must be addressed immediately

9. HISTORY OF ABUSE: Please complete the following: if applicable: ☐ Not applicable

TYPE OF ABUSE	WHAT AGE(s) OR WHEN
☐ Physical	
☐ Emotional	
☐ Sexual	

10. FEMALE HEALTH: Women please complete the following:

Date of last menstrual period:_____ # of Pregnancies: _____		Are you pregnant now?: ☐ Yes ☐ No ☐ Don't know
Date of last pap smear:_____ Results: ☐ Normal ☐ Abnormal ☐ Don't know		Have you ever had any of the following? (If yes, what year?) ☐ Abnormal Pap _____
Date of last mammogram: _____ Results: ☐ Normal ☐ Abnormal ☐ Don't know		☐ Breast Biopsy _____
Type of Birth Control: ☐ Birth Control Pills ☐ IUD ☐ Diaphragm ☐ None ☐ Other: _____		
Are you taking hormones for menopause or after hysterectomy? ☐ Yes ☐ No	Check vaccinations you have had: ☐ Measles ☐ Mumps ☐ Rubella	☐ Hysterectomy _____

11. ALL INMATES - Please describe any other medical or mental health concerns you have:

12. DIET:

☐ Diabetic	☐ Low salt	☐ Low fat	☐ Vegetarian	☐ Other _____
Current weight:		Usual weight:		

13. IMMUNIZATIONS: Have you received any of the following vaccinations:

☐ Tetanus (when):_____	☐ Hepatitis A	☐ Hepatitis B	☐ Pneumonia ["Pneumovax"] (when):_____

I have answered all questions truthfully and to the best of my ability.

Inmate Signature:	Date:

BP-A360.060 **HEALTH INTAKE ASSESSMENT/HISTORY** CDFRM **PART 2**

HEALTH CARE PROVIDER: Please complete the following:

Inmate Name:	**Register No:**	**Institution:**

A. INMATE NEEDS FOLLOW-UP FOR THE FOLLOWING: (Provider will review inmate responses and comment where necessary)

ISSUE OR CONDITION	**COMMENTS (Indicate if urgent treatment is necessary)**
Infectious disease: ☐ Yes ☐ No Draining skin lesions: ☐ Yes ☐ No Signs of lice? ☐ Yes ☐ No Signs of scabies? ☐ Yes ☐ No	
☐ Skin condition: include trauma markings, bruises, jaundice, recent tattoos, needle marks, or other indications of drug use	
☐ Drug/alcohol withdrawal	
☐ Mental Health Issues	
☐ Pain Management	
☐ Physical disabilities/deformities	
☐ Cardiovascular disease	
☐ Diabetes	
☐ Asthma	
☐ Cancer	
☐ Dental problems	
☐ OB/Gyn	
☐ Other: _____	

B. OTHER COMMENTS OR PHYSICAL FINDINGS: (Record vital signs if indicated)

C. ☐ **MEDICATION AND OTHER ORDERS WRITTEN ON SF-600 FORM**

D. ☐ **MEDICATION CONSENT FORMS SIGNED**

E. ☐ **INSTRUCTED INMATE HOW TO OBTAIN MEDICAL, DENTAL, AND MENTAL HEALTH SERVICES**

Provider Signature:	Printed Name/Credentials:
Date:	Time:

BP-A360.060 **EVALUACIÓN DE SALUD INICIAL E HISTORIAL MÉDICO PARTE 1**
FEB 05
DEPARTAMENTO DE JUSTICIA DE EE.UU. AGENCIA FEDERAL DE PRISIONES

*****This is a translation of an English-language document provided as a courtesy to those not fluent in English. If differences or any misunderstandings occur, the document of record shall be the related English-language document.*****

*****Esta es una traducción de un documento escrito en inglés, distribuido como una cortesía a las personas que no pueden leer inglés. Si resulta alguna diferencia o algún malentendido con esta traducción, el único documento reconocido será la versión en inglés.*****

Nombre:	**Número:**	**Institución:**
Reo Recibido de: ■ *Tribunal* ■ *Cárcel* ■ *Rendimiento Volunatrio* ■ *Otros*		

REO: POR FAVOR COMPLETE DEL 1 AL 14.

1. MEDICAMENTOS: Por favor haga una lista de todo medicamento actual, la cantidad, fecha y hora de la última dósis.

2. ALERGIAS: Por favor marque y explique cualquier alergia que haya tenido.

▪ *Medicinas:*	
▪ *Comidas:*	▪ *Otras:*

3. ENFERMEDADES: Marque cualquier condición actual o que haya tenido en el pasado.

▪ *Ataque/enfermedad del corazón*	▪ *Cuágulos de sangre*	▪ *Angina*	▪ *Diabetes*	▪ *Anemia crónica*
▪ *Enfermedades pulmonares*	▪ *Asma*	▪ *Derrame Cerebral*	▪ *Presión alta*	▪ *Convulsión/Epilepsia*
▪ Cáncer Tipo:	Cuando?:	▪ Otras:		

4. ENFERMEDADES INFECCIOSAS: Marque cualquier condición actual o que haya tenido en el pasado.

▪ *Prueba de TB positiva*	▪ *Tuberculosis* ▪ *Escupir sangre* ▪ *Tos persistente- ¿cuanto tiempo?* ▪ *Sudor de noche*		
▪ *Varicela or culebrilla*	▪ *Gonorréa*	▪ *Clamidia*	▪ *¿Tiene sarpullido, llagas o heridas abiertas? ¿Dónde?*
▪ *SIDA (desde cuando)*	▪ *Hepatitis (Typo):*	▪ *Herpes*	▪ *Transfución de sangre* *¿Cuándo?* *¿Por qué?*
▪ *¿Ha viajado recientemente afuera de EE.UU.?* *¿Cuándo?* *¿Dónde?*	▪ *Sífilis* ▪ *¿Recibió Tratamiento?* *¿Cuando?* *¿Donde?*		

¿Esta en riesgo de contratar HIV o Hepatitis porque comparte agujas, tiene sexo de alto riesgo o tatuajes?
▪ *Sí* ▪ *No* ▪ *No sé*
(Si no lo sabe, por favor hable con un médico sobre cualquier inquietud que tenga y solicite un examen, si es apropiado.)

5. CONDICIÓN NERVIOSA: Marque cualquier condición actual o que haya tenido en el pasado

¿Ha tenido problemas mentales? ▪ *No* ▪ *Sí* *Explique:*		
▪ *Ideas de Suicidio* *¿Cuándo?*	▪ *Trauma de la cabeza* *¿Cuándo?* *¿Cómo?*	▪ *Pérdida del conocimiento* *¿Cuándo?* *¿Cómo?*
▪ *Intento de Suicidio* *¿Cuándo?* *¿Cómo?*		

6. DROGAS Y ALCOHOL: ¿Esta usando o ha usado alguna de las siguientes sustancias?

SUSTANCIA	*¿CÓMO? (Agujas, Fumado, Inhalado, Pildoras)*	*ULTIMA FECHA DE USO*
▪ *Tranquilizantes (Valium, Xanax, etc)*		
▪ *Opiatos (Heroina, Metadona, Oxycodona, Vicodin, otros)*		
▪ *Barbitúricos (Fenobarbital, Seconal, otros)*		
▪ *LSD/Alucinógenos/PCP*		
▪ *Marihuana*		
▪ *Otros*		

Historial de Alcohol: Por favor complete lo siguiente:

Tipo usado:(cerveza, vino, vodka, etc)	*Frecuencia (a diario, semanal)*	*Cantidad Normal*	*Fecha de su último trago*
Ha tenido o tiene actualmente algun síndrome de abstinencia después de parar su uso de drogas o alcohol? ▪ *No* ▪ *Sí* *Si marcó sí, explíquelo*			

¿Usa usted:

Tabaco?: ▪ *Sí* ▪ *No* *¿Cuanto?* *Cajas al día* *¿Cuanto tiempo?* *Años*

7. EVALUACIÓN DE DOLOR:

¿Sufre de algún dolor? ▪ *No* ▪ *Sí* *¿Donde?*

8. <u>PROBLEMAS DENTALES</u>: ¿Tiene alguno de los siguientes? :

▪ *Dolor de boca o de dientes*	▪ *Inflamación en la boca, la mandibula o el cuello*	▪ *Emergencia dental que necesita atención inmediata*

9. HISTORIAL DE ABUSO: Por favor complete lo siguiente, si es aplicable ▪ *No es aplicable*

TIPO DE ABUSO	*¿A QUE EDAD O CUANDO?*
▪ *Físico*	
▪ *Emocional*	
▪ *Sexual*	

10. INFORMACIÓN DE SALUD FEMENINA: Mujeres, por favor completen lo siguiente:

Fecha de su última menstruación: *Embarazos:*		*¿Está embarazada ahora?* ▪ *Sí* ▪ *No* ▪ *No sé*
Fecha de su último exámen Papanicolao *Resultado:* ▪ *Normal* ▪ *Anormal* ▪ *No sé*		*¿Ha tenido algunos de los siguientes? (Si contesta "SÍ" indique el año)* ▪ *Papanicolao anormal* ▪ *Biopsia del seno* ▪ *Histerectomía*
Fecha de su último mamograma *Resultado:* ▪ *Normal* ▪ *Anormal* ▪ *No sé*		
Método de control de embarazo: ▪ *Píldoras anticonceptivas* ▪ *DIU* ▪ *Diafragma* ▪ *Ninguno* ▪ *Otro*		
¿Esta tomando hormonas para la menopausia o después de una histerectomía? ▪ *Sí* ▪ *No*	*Marque las vacunas que ha tenido:* ▪ *Sarampión* ▪ *Paperas* ▪ *Rubeola*	

11. TODOS LOS REOS - Por favor describa cualquier inquietud médica o mental adicional que usted tenga:

12. DIETA:

▪ *de Diabetico*	▪ *Baja en sal*	▪ *Baja en grasa*	▪ *Vegetariana*	▪ *Otra*
Peso actual:		*Peso normal:*		

13. INMUNIZACIONES: ¿Ha recibido algunas de las siguientes vacunas?

▪ *Contra el Tétano (¿Cuando?)*	▪ *Hepatitis A*	▪ *Hepatitis B*	▪ *Neumonía (Pneumovax) (¿Cuando?)*

He contestado todas las preguntas sinceramente y con la mejor habilidad.

Firma del Reo: *Fecha:*