

I. Datos Personales		II. Datos de la Institución		III. Datos de la Evaluación		IV. Datos de la Historia Clínica		V. Datos de la Historia de la Enfermedad		VI. Datos de la Historia de la Vida	
No.	Nombre	Edad	Sexo	Fecha de Nacimiento	Fecha de Evaluación	Fecha de Admisión	Fecha de Alta	Fecha de Inicio de Síntomas	Fecha de Última Evaluación	Fecha de Última Hospitalización	Fecha de Última Consulta
01	33	33	M	01	01	01	01	01	01	01	01
02	38	38	M	01	01	01	01	01	01	01	01
03	01	01	M	01	01	01	01	01	01	01	01
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											

EL ESTADO DE CALIFORNIA DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DIVISION DE SALUD MENTAL Y SUBSTANCIAS ABUSIVAS

No.	Módulo de unidad	Lengua	Cultura	Adaptación	Nivel de escolaridad	Asistencia a la escuela	Absolvió escuela
150	Español	Español	Español	Español	Español	Español	Español
151	Español	Español	Español	Español	Español	Español	Español
152	Español	Español	Español	Español	Español	Español	Español
153	Español	Español	Español	Español	Español	Español	Español
154	Español	Español	Español	Español	Español	Español	Español
155	Español	Español	Español	Español	Español	Español	Español
156	Español	Español	Español	Español	Español	Español	Español
157	Español	Español	Español	Español	Español	Español	Español
158	Español	Español	Español	Español	Español	Español	Español
159	Español	Español	Español	Español	Español	Español	Español
160	Español	Español	Español	Español	Español	Español	Español

Nº	Trabajo subestimado	Afectado por el trabajo	Presencia de lesiones	Forma de lesión	Ingresos por lesiones	Gravidad de la lesión	Seguro de accidentes	Indemnización	Atención médica	Atención psicológica
01	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → PMS/A	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
02	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
03	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
04	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
05	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
06	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
07	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
08	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
09	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

37. ¿Cuánto tiempo experimenta de salud en estado de bienestar los integrantes del hogar?
 ANÁLISIS DE LA OPCIÓN DE RESPUESTA: 01

NINGUNA	01
POCOS DÍAS	02
UN MES	03
DESEMPLEADO	04
OTROS SERVICIOS (Medios públicos, privados, DORSA, DORSA, DORSA)	05
Consultorio y/o consulta privada	06
Consultorio de farmacia	07
Clínica, hospital, ambulatorio, hogar	08
5a. administración	09
Otro	10
No se responde	11
Ha pasado la respuesta	12

38. ¿Qué medida de implementación en el domicilio adoptaron?
 ANÁLISIS DE RESPUESTA: 01 (MANTENIMIENTO O CUIDADO DEL PAISAJE DEL DORMITORIO)
 MANTENIMIENTO O CUIDADO DEL PAISAJE DEL DORMITORIO

- A. Cerrar sin pique y de manera regular a otros enfermos
- B. Trabajo remunerado o voluntario
- C. Referencias a la vivienda, servicios comunitarios y residenciales
- D. Realizar el quehacer en el hogar
- E. Acciones ligas a la vida

¿Cómo las estrategias del hogar han de medida la actividad?
 Personas que se pertenecen al hogar: 95
 No están/No respondieron: 96
97
98

37. ¿En este hogar vive algún integrante que sea...
 ANÁLISIS DE RESPUESTA: 01 (Otro/a)
 OTRA O PERSONA QUE NO ES EL DUEÑO DEL DORMITORIO

- A. miembro del estado (o) residente de cualquier...
- B. dueño de una tienda
- C. dueño de algún negocio
- D. administrador de algún comercio
- E. director o supervisor (o) empleado (o) trabajador...
- F. miembro del gobierno (o) funcionario (o) empleado...
- G. figura de las autoridades

39. ¿Hay personas en el hogar que sean de otros países?
 ANÁLISIS DE LA OPCIÓN DE RESPUESTA: SI

40. ¿Se emplea en un hogar de este tipo en el hogar en...
 ANÁLISIS DE LA OPCIÓN DE RESPUESTA: SI (MANTENIMIENTO O CUIDADO DEL PAISAJE DEL DORMITORIO)

- A. B. compra de alimentos, bebidas...
- B. la compra de artículos y servicios de educación...

41. ¿Cuáles son las actividades que se realizan en el hogar?
 ANÁLISIS DE LA OPCIÓN DE RESPUESTA: 01 (MANTENIMIENTO O CUIDADO DEL PAISAJE DEL DORMITORIO)

42. ¿Son que miembros componen por familia?
 ANÁLISIS DE LA OPCIÓN DE RESPUESTA: 3 (cantidad)

- A. Cereales y tubérculos
- B. Verduras
- C. Frutas
- D. Leguminosas
- E. Carne y huevo
- F. Lácteos
- G. Alimentos que se compran y/o se elaboran

43. En las últimas 24 horas, ¿por falta de dinero o por falta de tiempo, ¿cuántas veces usó a alguien...?
 ANÁLISIS DE LA OPCIÓN DE RESPUESTA: SI

- A. sistema una alimentación basada en arroz, papa, sustitutos de alimentos...
- B. bebidas de azúcar, como té azucarado...
- C. sustitutos de alimentos, como té azucarado...
- D. se quedamos sin comida...
- E. comieron hambre pero no comieron...
- F. sólo comieron una vez al día o dejaron de comer todo un día

44. ¿Se usó alguna vez una persona para...?
 ANÁLISIS DE LA OPCIÓN DE RESPUESTA: SI

- A. una vez administrada bebida, en muy poca cantidad de alimentos...
- B. comió menos de lo que debía...
- C. trabajó para administrar la cantidad de la bebida...
- D. trabajó para preparar la comida...
- E. se acurrucó con la familia...
- F. comió una vez al día o dejó de comer todo un día

45. ¿Acostumbran desplazarse los integrantes mayores de 23 años de este hogar?
 ANÁLISIS DE LA OPCIÓN DE RESPUESTA: SI

- A. en el hogar o con algún familiar o conocido...
- B. en el comercio, estancia, o guardería...
- C. otros lugares

46. ¿Cuántos cambios tiene en el hogar una familia cuando la cocina?
 ANÁLISIS DE LA OPCIÓN DE RESPUESTA: 02

47. ¿En el estado donde se encuentra (también dentro)?
 ANÁLISIS DE LA OPCIÓN DE RESPUESTA: 01

48. ¿Se usa material en la mayor parte del piso de su vivienda?
 ANÁLISIS DE LA OPCIÓN DE RESPUESTA: SI

- A. Cerámica o firme
- B. Madera, roble y otros resistentes
- C. Otro material
- D. No se usa material
- E. No

49. ¿El consumo a pelo de su vivienda fue obligado por algún programa...?
 ANÁLISIS DE LA OPCIÓN DE RESPUESTA: SI

50. ¿Hay algún programa de...?
 ANÁLISIS DE LA OPCIÓN DE RESPUESTA: SI

70. ¿La mayor parte del día de la violencia presenta modificaciones o agitaciones mayores a 1 cm de altura?
 SI
 NO

71. ¿Alguno de los cuartos donde durmieron a ciegas (como piso de tierra) o sin luz?
 SI
 NO

72. ¿Dio algún material a la mayor parte del día de su vivienda?
 SI
 NO

73. ¿Al menos un techo de las siguientes sustancias (leña, paja, paja seca, etc.)?
 SI
 NO

74. ¿Día que material es la mayor parte de los paredes e interiores de su vivienda?
 SI
 NO

75. ¿Algun tipo de la vivienda presenta gubias y florales pintadas a 1 cm de altura o más?
 SI
 NO

76. ¿Qué tipo de baño o sanitario tiene su vivienda?
 SI
 NO

77. ¿Algun tipo de la vivienda presenta gubias y florales pintadas a 1 cm de altura o más?
 SI
 NO

78. ¿El baño o sanitario de su vivienda fue otorgado por algún programa gubernamental?
 SI
 NO

79. ¿En esta vivienda tienen...?
 SI
 NO

80. ¿Qué excremento le tiene al agua para beber?
 SI
 NO

81. ¿Qué tipo de baño o sanitario tiene su vivienda?
 SI
 NO

82. ¿Qué tipo de baño o sanitario tiene su vivienda?
 SI
 NO

83. ¿Qué tipo de baño o sanitario tiene su vivienda?
 SI
 NO

84. ¿Qué tipo de baño o sanitario tiene su vivienda?
 SI
 NO

85. ¿Qué tipo de baño o sanitario tiene su vivienda?
 SI
 NO

86. ¿Qué tipo de baño o sanitario tiene su vivienda?
 SI
 NO

87. ¿Qué tipo de baño o sanitario tiene su vivienda?
 SI
 NO

88. ¿Qué tipo de baño o sanitario tiene su vivienda?
 SI
 NO

89. ¿Qué tipo de baño o sanitario tiene su vivienda?
 SI
 NO

90. ¿Qué tipo de baño o sanitario tiene su vivienda?
 SI
 NO

91. ¿Qué tipo de baño o sanitario tiene su vivienda?
 SI
 NO

92. ¿Qué tipo de baño o sanitario tiene su vivienda?
 SI
 NO

93. ¿Qué tipo de baño o sanitario tiene su vivienda?
 SI
 NO

