

Case #: _____

DOB: / /

Patient's Name: _____

Race: Caucasian Hispanic African American Asian

Address: _____

Other Multiracial

Patient's Phone #: _____

Age

Provide Domestic Violence Assessment

Provide Mental Health Education

Provide tobacco intervention and/or substance abuse assessment

Parents	¿Alguno de sus padres ha tenido problemas con el uso de drogas o el alcohol?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
	¿Tiene su pareja algún problema con el uso de drogas o el alcohol?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes		
Partner	¿Se ha sentido alguna vez sin control o indefensa?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes		
	¿La amenaza su pareja con castigarla o hacerle daño físico?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes		
Past	Durante las dos semanas pasadas, ¿se ha sentido decaída, deprimida o sin esperanza?	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes	
	En las últimas dos semanas, ¿ha perdido usted interés en las actividades que antes disfrutaba hacer?	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes	
Pregnancy	En el mes antes que usted supiera que estaba embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumó?	<input type="checkbox"/> None			<input type="checkbox"/> Any
	En el mes antes que usted supiera que estaba embarazada, ¿qué tanto vino/cervezo o licor tomó?	<input type="checkbox"/> None			<input type="checkbox"/> Any

Follow-up Questions to 4P's Plus

- Y en el mes pasado, por lo general, ¿cuántos días a la semana tomó cerveza, vino, o licor?
 No tomó Todos los días 3 a 6 días a la semana 1 o 2 días a la semana Menos de 2 día a la semana
- Durante el mes antes que usted superia que estaba embarazada, por lo general, ¿cuántos días a la semana usó marihuana?
 No usé marihuana Todos los días 3 a 6 días a la semana 1 o 2 días a la semana Menos de 2 día a la semana
- Durante el mes antes que usted superia que estaba embarazada, por lo general, ¿cuántos días a la semana usó alguna droga como la cocaína, heroína, o metanfetamina?
 No usé ninguna droga Todos los días 3 a 6 días a la semana 1 o 2 días a la semana Menos de 2 día a la semana
- Y en el mes pasado, por lo general, ¿cuántos días a la semana usó marihuana?
 No usé marihuana Todos los días 3 a 6 días a la semana 1 o 2 días a la semana Menos de 2 día a la semana
- Y en el mes pasado, por lo general, ¿cuántos días a la semana usó alguna droga como la cocaína, heroína, o metanfetamina?
 No usé ninguna droga Todos los días 3 a 6 días a la semana 1 o 2 días a la semana Menos de 2 día a la semana
- Y en el mes pasado, por lo general, ¿cuántos días a la semana fumó cigarrillos?
 No fumé cigarrillos Todos los días 3 a 6 días a la semana 1 o 2 días a la semana Menos de 2 día a la semana

If "Any", complete the follow-up questions

Refer for further evaluation

Intervention and Referrals Made: Check all that apply

Referrals Offered	Referral Accepted?	Services not available
<input type="checkbox"/> Brief Intervention ("I Am Concerned")	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Domestic Violence	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tobacco Cessation	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Substance Abuse Treatment	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Other, Specify: _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>

Date: / /

Community Area/City: _____

Screening Site: _____