

Collier County Jail Sheriff's Alternative Sentencing Program

Name/Nombre _____ A#: _____

SS#/Numero de seguro social: _____

Date/Fecha: _____ Time/Hora: _____

Insurance/Seguro Medico: _____

Primary Doctor/Nombre de doctor general: _____

Have you been in the Collier County Jail? Has estado preso en la carcel del condado de Collier?

YES/Si NO If yes, when was last intake?/Si su respuesta es "si", en que fecha? _____

WWP QUESTIONNAIRE / WWP CUESTIONARIO

1. Have you ever been treated for asthma, diabetes, epilepsy, heart condition, high blood pressure, mental health problems, seizures, ulcers or other medical conditions? (Circle All that Apply).
En algun momento fue tratado por asma, diabetes, epilepsia, condicion del corazon, hipertension, problemas de salud mental, convulsiones, ulceras, o otra condicion medica? (Marque todas las que corresponden).

YES/Si NO

If yes explain/Si su respuesta fue "si", explica: _____

2. Are you currently taking any medications prescribed by a physician?
Actualmente esta tomando medicamento recetado por un medico?

YES/Si NO

If yes explain/Si su respuesta fue "si", explica: _____

3. Have you had a tetanus shot in the last 5 years?
Has recibido una vacuna contra el tetano en los ultimos 5 años?

YES/Si NO

4. Are you allergic to any medication, foods or plants?
Eres alergico a algun medicamento, comida o plantas?

YES/Si NO

If yes explain/Si su respuesta fue "si", explica: _____

5. Have fainted or had a head injury within the last 72 hours?
Ud se a desmayado o a tenido una lesion en la cabeza en las ultimas 72 horas?

YES/Si NO

If yes explain/Si su respuesta fue si", explica: _____

Collier County Jail Sheriff's Alternative Sentencing Program

6. Have you been hospitalized in the last year?

Has estado hospitalizado en el ultimo año?

YES/Si NO

If yes explain/Si su respuesta fue si", explica: _____

7. Have you ever considered or attempted suicide?

Has considerado o atentado suicidio?

YES/Si NO

If yes explain/ Si su respuesta fue si", explica: _____

8. Do you use any drugs? Usas drogas?

YES/Si NO

If yes explain/ Si su respuesta fue si", explica: _____

9. Do you drink alcohol? Ud toma bebidas alcolica? YES/Si NO

How often/Que frecuencia? _____ Last time/La ultima ves? _____

10. Females, Last menstrual period/Mujeres: Fecha de la ultima menstruacion: _____

Are you pregnant/Estas embarazada? YES/Si NO

All of the information that I have provided above is correct and I accept the responsibility if information is missing. I accept the provision of medical care if needed.

Toda la informacion que e dado es correcta. Yo acepto responsabilidad por informacion que no e dado. Yo acepto la provision de cuidado medico, si es necesario.

_____ Date/Fecha: _____

Signature/Firma