



Reglas para Citas de Salud Mental

Queremos proporcionarle la atención médica de calidad. Para ello, es muy importante que usted mantenga sus citas y llegue a su hora. Hemos reservado ese tiempo especialmente para usted y queremos asegurarnos de que trabajemos juntos para satisfacer sus necesidades de atención de salud.

Sus citas son importantes para su salud.

- Mantenga todas sus citas.
- Cancele sus citas si usted sabe que no va a poder asistir, tan pronto sea posible, de preferencia un día antes, así podemos ofrecerla a alguien más. (Llame al 877-800-5722)
- Llegue a tiempo para el programa de inscripción y la cita médica.

¿Qué pasa si no llega a la cita y no la cancela (“No show”)?

- Si usted “no show” a su cita o la cancela al menos 24 horas antes, su proveedor se pondrá en contacto con usted para saber por qué no se presentó, para revisar las reglas de la cita con usted y ver si puede reprogramar con ellos. Por favor llámenos y avísenos si está teniendo problemas para asistir a sus citas.
- Si usted “no show” para una 2nd cita sin hablar con su proveedor, él intentará ponerse en contacto con usted una vez más para saber el por qué y entonces decidirá si debe todavía ser visto por ellos. Si el proveedor decide que no lo ven como paciente ya, usted recibirá una carta de él indicándolo así. Si lo desea, usted puede apelar la decisión del proveedor. El proceso de apelación será expuesto en la carta que usted recibirá. Si su profesional médico decide no verlo más, usted todavía puede ser visto por otro proveedor de Lone Star Circle of Care.
- Si su proveedor decide no verlo más y usted decide no apelar y todavía quiere seguir viéndolo, usted puede, después de 6 meses, volver a solicitar los servicios con él. Usted debe, en ese momento convenir en seguir todas las normas de la clínica (que se describe aquí) con el fin de ser visto por el profesional médico.

¿Qué pasa si llega tarde?

- Si son más 10 minutos de retraso en su hora de llegada, probablemente tendrá que esperar más de lo usual ya que tendremos que acomodarlo entre pacientes.
- Si no podemos acomodarlo entre pacientes, es posible que se le pida que re programe su cita.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

HISTORIA DEL DESARROLLO / SOCIAL / MÉDICA

Instrucciones: Por favor lea cada pregunta, marque con una 'X' en la casilla correspondiente y escriba comentarios cuando sea necesario.

Diagnóstico actuales de salud mental: _____

Diagnóstico pasados de salud mental: _____

¿Tiene una declaración de voluntad psiquiátrica anticipada? _____

Social: ¿Habla fácilmente con los demás? ___ S ___ N ¿Tiene amigos? ___ S ___ N

Sistema de apoyo: ¿Tiene personas cercanas que le den apoyo? ___ Padres ___ Hijos ___ Cónyuge ___ Hermanos
___ Tías / tíos ___ Amigos cercanos ___ Familia de la iglesia ___ Otro: _____

Hábitos alimenticios: ¿Tiene problemas con su alimentación o con su apetito? ___ S ___ N

Explique su respuesta: _____

Dormir: ¿Cuántas horas duerme? ___ ¿Qué tanto demora en conciliar el sueño? _____

¿Tiene pesadillas? ___ S ___ N ¿Sonambulismo? ___ Y ___ N ¿Terroros nocturnos? ___ Y ___ N Otro: _____

Dolor: ¿Tiene algún dolor ahora? ___ S ___ N Puntaje de dolor: 0-10 (siendo 10 el peor): _____

(explique si su respuesta es sí): _____

¿Cuándo fue su último examen físico? _____ **¿último examen dental?** _____

Evaluación neurológica ___ S ___ N : _____

¿Tiene antecedentes de traumatismo craneoencefálico? ___ S ___ N *Si sí, explique por favor:* _____

¿A qué edad? _____ ¿Perdió la conciencia? ___ S ___ N

¿Hospitalizaciones médicas? ___ S ___ N *En caso afirmativo, indique el año y las razones:* _____

¿Cirugías / operaciones? ___ S ___ N *En caso afirmativo, indique el año y las razones:* _____

Problemas psicológicos / enfermedad mental (se pedirán detalles durante la cita)

Abuso de alcohol _____ Abuso de drogas _____

Enumere cualquier otra inquietud médica aquí: _____

¿Tiene alguna alergia? ___ S ___ N, indique los medicamentos, alimentos y alergias ambientales específicos:

PASADAS HOSPITALIZACIONES PSIQUIÁTRICAS, COLOCACIONES EN CENTROS DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL:

MEDICAMENTOS ACTUALES CON RECETA:

MEDICAMENTOS ACTUALES SIN RECETA / SUPLEMENTOS HERBALES / VITAMINAS:

Legal: _____ Historia de cargos legales (marque: pasado actual pendiente) ¿Por qué? _____
_____ ¿Historial de libertad condicional / cárcel / prisión? ¿Dónde y cuándo?

Abuso: ¿Algún antecedente de abuso físico o sexual? (En caso afirmativo, explíquelo brevemente)

¿CPS (*Child Protective Services*, Servicios de protección al niño) ha estado involucrado alguna vez con usted o está involucrado actualmente? En caso afirmativo, explíquelo brevemente

Evaluación de la seguridad

¿Hay armas de fuego en su casa? __ Sí __ No. En caso afirmativo, ¿están las armas de fuego guardadas en forma segura? (es decir, guardar las armas bajo llave, guardar y separar las municiones bajo llave, mantener las armas descargadas) __ Sí __ No

Por seguridad, ¿cuál de las siguientes opciones estaría dispuesto a hacer (marque todas las opciones que correspondan)? __ Retirar las armas de la casa __ Dejar las armas en casa, guardadas de forma segura
__ Guardar bajo llave los objetos cortantes (es decir, cuchillos, navajas de afeitar, hachas, sierras, otras herramientas, etc.) __ Guardar bajo llave todos los productos inflamables (es decir, gasolina, líquido para encendedores, etc.) y encendedores __ Guardar bajo llave cadenas y cuerdas __ Guardar bajo llave todos los medicamentos de venta libre y recetados.

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

Durante las últimas dos (2) semanas , ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a los siguientes problemas? (Use "☐" para indicar su respuesta)	No, para nada	Varios días	Durante más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3
3. Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comiendo en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal acerca de sí mismo/a — o sentir que es un/a fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Moverse o hablar tan despacio que puede que otras personas se hayan dado cuenta? O lo opuesto — estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Tiene pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera lastimarse de alguna forma	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si marcó cualquier problema, ¿cuán difícil se le ha hecho realizar su trabajo, hacerse cargo de las cosas en la casa o llevarse bien con otras personas, debido a estos problemas?

No ha sido difícil
☐

Algo difícil
☐

Muy difícil
☐

Extremadamente difícil
☐

GAD-7

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<i>(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)</i>				
1. Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3
6. Molestarse o ponerse irritable fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)

CUESTIONARIO SOBRE SU ESTADO DE ÁNIMO

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____

Instrucciones para los pacientes: Por favor, marque una opción solamente para cada una de las siguientes preguntas.

1.	Ha tenido alguna vez un período de tiempo cuando no se sentía usted misma(o) y ...	YES	NO
	... Te sentías tan bien o tan exaltado que los demás pensaban que no eras normal, o estabas tan exaltado que te causo problemas?		
	... Estás tan irritada(o) que le gritas a la gente o pelearon o empezaron discusiones?		
	... Se sentía mucho más seguro de sí mismo que de costumbre?		
	... Ha llegado hasta dormir mucho menos de lo habitual, y se ha dado cuenta que no ha necesitado el sueño?		
	... Que eran mucho más locuaz y/o habla mucho más rápido de lo normal?		
	... Pensamientos corrían por su mente y/o no pudo frenar su mente?		
	... Estás tan fácilmente distraído por las cosas a tu alrededor que tenías problemas para concentrarse o mantenerse en la tarea?		
	... Te sientes con mucha más energía de lo habitual?		
	... Te sentias mucho más activo(a) y/o hacías muchas más cosas de lo habitual?		
	... Eras mucho más social o extrovertido(a) que lo habitual - por ejemplo, llamastes a tus amigos en medio de la noche?		
	... Que estás mucho más interesado en el sexo que lo habitual?		
	... Que hacía cosas que eran inusuales para usted o que otras personas podrían pensar que eran excesivas, tontas o riesgosas?		
	... El gastar dinero Te tiene a usted o su familia en problemas?		
2.	Si marcó "SÍ" a más de una de las preguntas anteriores, ¿ha experimentado varios de estas situaciones en el mismo período de tiempo?		
3.	¿Cuántos problema te causaron alguna de estas situaciones Por ejemplo (no poder trabajar, problemas familiares, o por dinero, o problemas legales, y/o entrar en argumentos o discusiones seios y peleas graves)?		
<p>No hay problema Problema menor Problema Moderado Problema Serio</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p>			

Este instrumento está diseñado únicamente con fines de detección y no debe utilizarse como herramienta de diagnóstico. * Derivado de Hirschfeld RM. Soy J Psiquiatría. 2000: 157 (11): 1873-5

Audit-C Questionnaire Spanish

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____

1. Con que frecuencia consume alguna bebida alcoholica?
 - Nunca
 - Una o menos veces al mes
 - 2 a 4 veces al mes
 - 2 o 3 veces a la semana
 - 4 o mas veces a la semana

2. Cuantas consumiciones de bebidas alcoholicas suele realizar en un dia de consumo normal?
 - 1 o 2
 - 3 o 4
 - 5 o 6
 - 7 a 9
 - 10 o mas

3. Con que frecuencia toma 6 o mas bebidas alcoholicas en un solo dia?
 - nunca
 - menos de una vez al mes
 - mensualmente
 - semanalmente
 - a diario o casi a diario

The AUDIT-C is scored on a scale of 0-12 (scores of 0 reflect no alcohol use). In men, a score of 4 or more is considered positive; in women, a score of 3 or more is considered positive. Generally, the higher the AUDIT-C score, the more likely it is that the patient's drinking is affecting his/her health and safety.

Audit-C is available for use in the public domain. [*The Alcohol Use Disorders Identification Test is a publication of the World Health Organization, @ 1990*](#)



Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Para ayudarnos a entender sus necesidades médicas o las de su hijo, y para poder atenderles mejor, por favor responda las siguientes preguntas. Es posible que algunas preguntas no correspondan a usted o a su hijo. Si ese es el caso, por favor responda "No". Gracias.

¿Qué nivel de dolor siente en la escala de 0 (No duele) – 10 (Duele el máximo)? _____ Ubicación/Naturaleza del dolor _____

- Sí No ¿Se ha hecho un examen médico completo en el último año?
¿Cuándo? _____ ¿Quién se lo hizo? _____ ¿Dónde? _____
- Sí No ¿Tiene una *Psychiatric Advanced Directive* o PAD? Una *Psychiatric Advanced Directive* o *Directiva Siquátrica Avanzada* es un documento legal que le permite a otra persona tomar decisiones legales en nombre de usted si usted llegara a enfermarse gravemente y no pudiera tomar decisiones respecto a su propio tratamiento.
- Sí No ¿Tiene alguna de las siguientes preocupaciones?: (Marque todo lo que corresponda.)
 - Pérdida involuntaria de peso, de 10 libras (4.5 kilos) o más, en los últimos 3 a 6 meses.
 - Una enfermedad o problema que le obligó a cambiar el tipo o la cantidad de alimentos que come.
 - Problemas en los dientes o en la boca que le dificultan comer.
 - Un cambio importante en su deseo de comer o en su consumo de alimentos en las últimas dos semanas.
 - ¿Le preocupa haber perdido el control sobre cuánto come? ¿Se provoca el vómito cuando se siente lleno? ¿Come a escondidas?
- Sí No ¿Es capaz de cuidarse a sí mismo como lo hacía antes o hacer las cosas como las solía hacer?
- Sí No ¿Está teniendo problemas financieros? ¿No puede pagar por las cosas que necesita?
- Sí No ¿Tiene problemas constantes y en forma repetida por apostar o participar en juegos de azar al punto que le causa alguna angustia emocional, personal o profesional?
- Sí No ¿Está teniendo problemas para lograr sus objetivos en la escuela o debido a su nivel educativo?
- Sí No ¿Está teniendo problemas para lograr sus objetivos en el trabajo o debido a su situación laboral?
- Sí No ¿Está teniendo problemas para lograr sus objetivos debido a problemas legales?
- Sí No ¿Hay cosas relacionadas con su identidad cultural que están teniendo un impacto en sus razones para solicitar ayuda?
¿Hay cosas relacionadas con su identidad cultural que le están causando dificultades?
- Sí No ¿Está activo sexualmente?
- Sí No ¿Está siendo obligado u obligada a tener relaciones sexuales?
- Sí No ¿Está alguien haciéndole amenazas de tipo sexual o causándole algún daño de tipo sexual o tocándole en una forma que le incomoda?
- Sí No ¿Está alguien haciéndole amenazas físicas, le está lastimando o acosando?
- Sí No ¿Está alguien haciéndole amenazas verbales o emocionales o está haciendo que se sienta mal de usted mismo(a)?
- Sí No ¿Alguien le está impidiendo:
 - hablar con quien usted quiere hablar?
 - ir a donde quiere ir?
 - ver a quien quiere ver?
 - obtener comida, agua, ropa o un lugar para vivir?
 - ir al doctor o tomar medicina?
 - usar su dinero?

Other comments: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Instrumentos de medición de la intensidad del dolor

Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale



©1983 Wong-Baker FACES® Foundation. Used with permission.

For Office Use only:					
Referral to Primary Care	<input type="radio"/> Not indicated, per screen	<input type="radio"/> Submitted via NextGen	<input type="radio"/> Complete/ROI for outside PCP sent	<input type="radio"/> Deferred due to: _____	<input type="radio"/> Patient Declined
Referral to Nutrition	<input type="radio"/> Not indicated, per screen	<input type="radio"/> Submitted via NextGen	<input type="radio"/> Resources Letter Generated	<input type="radio"/> Deferred due to: _____	<input type="radio"/> Patient Declined
Other referral(s):	_____	<input type="radio"/> Submitted via NextGen	<input type="radio"/> Resources Letter Generated	<input type="radio"/> Deferred due to: _____	<input type="radio"/> Patient Declined
	_____	<input type="radio"/> Submitted via NextGen	<input type="radio"/> Resources Letter Generated	<input type="radio"/> Deferred due to: _____	<input type="radio"/> Patient Declined
	_____	<input type="radio"/> Submitted via NextGen	<input type="radio"/> Resources Letter Generated	<input type="radio"/> Deferred due to: _____	<input type="radio"/> Patient Declined

Provider Name and Credentials (Print)

Provider Signature

Date



Nombre: _____ Fecha de Nac.: _____ Fecha: _____

En cada una de las declaraciones por favor marque la respuesta que mejor corresponda a su situación. Si no está seguro acerca de cómo contestar alguna de las declaraciones, por favor hable con su proveedor de atención médica para aclarar sus dudas. Es posible que algunas declaraciones no correspondan a su caso o el de su hijo; si es así por favor conteste "No". Si usted es un padre o una madre que está contestando por su hijo, por favor conteste las preguntas desde el punto de vista de su hijo.

Factores históricos		
No	Sí	
		¿Algún familiar o amigo cercano suyo se trató de suicidar en el pasado?
		¿Alguna vez ha tratado de suicidarse o de lastimarse a propósito?
		¿Alguna vez ha pensado en suicidarse o lastimarse a propósito?
		¿Alguna vez ha actuado sin pensar o sin tener control propio de tal manera que se puso usted en peligro o puso a otros en peligro?

Factores actuales		
No	Sí	
		¿En los últimos 6 meses ha tratado de suicidarse o de lastimarse a propósito?
		¿En los últimos 6 meses actuó sin pensar o sin tener control propio de tal manera que se puso usted en peligro o puso a otros en peligro?
		¿En los últimos 6 meses se mostró violento o agresivo contra otras personas o cosas?
		¿En los últimos 6 meses ha pensado en suicidarse o lastimarse a propósito?
		¿Tiene planes de suicidarse, de lastimarse o de matar o lastimar a otros?
		¿Está teniendo problemas para fijarse objetivos o hacer planes para el futuro?
		¿Pretende lastimarse o suicidarse?
		¿Tiene dificultades para seguir las instrucciones de tratamiento de su doctor o terapeuta?
		¿Ha escrito una nota de suicidio o ha empezado a deshacerse de su propiedad importante?



Nombre: _____ Fecha de Nac.: _____ Fecha: _____

No	Sí	
		¿Ha escuchado cosas que otras personas no escuchan? ¿Le dan instrucciones de lo que debe hacer?
		¿Está perdiendo esperanza o siente que nada puede ayudarlo?
		¿Siente que su vida no vale nada o que no tiene propósito?
		¿Tiene problemas para dormir?
		¿Está evitando estar con otras personas o de hacer cosas con otras personas?
		¿Se siente culpable, mal consigo mismo o avergonzado de usted mismo?
		¿Se siente más enojado o solo?
		¿Siente como que su ánimo siempre está en un “sube y baja” o que está fuera de control?
		¿Siente que no está seguro o que le va a pasar algo malo?
		¿Tiene dolor crónico, que se repite de vez en cuando o que es constante?

Factores situacionales		
No	Sí	
		¿Se siente enfermo si no toma bebidas alcohólicas o si no usa drogas por poco tiempo?
		¿Tiene una enfermedad grave que durará mucho tiempo?
		¿Ha sufrido una pérdida recientemente? (por ejemplo: la muerte de un ser querido, la pérdida de un trabajo, un divorcio o una separación)
		¿Ha tenido cualquier otra noticia mala recientemente?
		¿Tiene discusiones frecuentes con sus amigos o compañeros de trabajo?

Factores de protección		
No	Sí	
		¿Cuenta con el apoyo de su familia?
		¿Cuenta con el apoyo de su esposo(a) o compañero(a)?
		¿Está usted a cargo del cuidado de un niño o de un miembro de la familia?
		¿Sus amigos ofrecen apoyo cuando usted lo necesita?
		¿Tiene sólidas creencias religiosas o espirituales que lo mantienen seguro y le impiden lastimarse así mismo?

No	Sí	
		¿Se graduó de la escuela superior preparatoria (<i>high school</i>) u obtuvo su GED?
		¿Tiene una forma apropiada de resolver situaciones difíciles?