



33 4th Street NW, Sioux Center, IA 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisehc.org

Estimado paciente nuevo:

Le damos la bienvenida a la práctica de Emily Leinen, PMHNP. Apreciamos la confianza que ha puesto en nosotros como uno de sus proveedores de atención médica, y le agradecemos que haya elegido a Promise. Tenemos algunos recordatorios importantes que informarle para que tenga una excelente experiencia mientras visita nuestra oficina. Usted es muy importante para nosotros, y cada cita es valiosa.

- Le pedimos que llegue 20 minutos antes de su cita.
- Como proveedora psiquiátrica, Emily forma parte de una práctica especializada. Mientras que la facturación será manejada igual, su copago o deducible podría ser un poco más alto.
- Si necesita cancelar o reprogramar su cita, por favor llámenos al 712-722-1700 lo más pronto posible.
- Las horas de oficina de PMHNP son lunes 8:00 am-5:00 pm y de martes a viernes 8:00 am-4:00 pm
- Los rellenos serán realizados durante las horas de oficina solamente.
- Por favor estacionese en el estacionamiento al otro lado de la calle frente a Promise

Adjunto encontrará la documentación de los nuevos pacientes. Por favor, devuelva el papeleo completado a nuestra oficina por correo, correo electrónico, o entregándolo en nuestra oficina. Ya cuando hemos recibido los documentos completados, la enfermera le contactará para programar una consulta.

Correo electrónico: medicalrecords@promisechc.org
Correo: 33 4th Street NW
Attn: Medical Records
Sioux Center, IA 51250

Usted recibirá una llamada o un texto recordatorio de nuestro servicio automatizado antes de su cita. Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en llamar a nuestra oficina al 712-722-1700. Estamos emocionados por conocerle.

Emily Leinen, PMHNP



FORMULARIO DE INFORMACIÓN PARA NUEVOS PACIENTES

Nombre del paciente: _____ FDN: _____ / _____ / _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Motivo de la visita: _____

¿Tiene usted un tutor legal? SÍ NO Nombre del tutor: _____

Persona/proveedor que le refirió: _____ Proveedor primario: _____

Farmacia: _____

Encierre en un círculo cualquier síntoma que tenga actualmente (marque todas las que correspondan):

- | | | | | | |
|-----------|-----------|--------------------|---------------------|----------------------------|----------------------|
| Ansiedad | Depresión | Problemas de humor | Irritabilidad/enojo | Pensamientos suicidas | Problemas de sueño |
| Ver cosas | Oír cosas | Impulsividad | Abuso de sustancias | Problemas de concentración | Problemas de memoria |

Otros síntomas preocupantes: _____

¿Alergias a medicamentos? SÍ NO

Medicamentos actuales:

Nombre del medicamento:	Dosis:	Número de veces tomado diariamente:

Medicamentos psiquiátricos anteriores:

Nombre del medicamento:	Dosis:	Fechas aproximadas de inicio y finalización:	Motivo de interrupción/reacciones o intolerancias:
		-	
		-	
		-	
		-	
		-	
		-	
		-	
		-	

PHQ 2: En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (encierre una respuesta para cada una de ellas)

- | | | | | |
|--|-----------|------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Poco interés o placer en hacer cosas: | Para nada | Varios días (+1) | Más de la mitad de los días (+2) | Casi todos los días (+3) |
| Sentirse abatido, deprimido o sin esperanza: | Para nada | Varios días (+1) | Más de la mitad de los días (+2) | Casi todos los días (+3) |

Problemas en casa/trabajo/escuela/sociales debido a los síntomas: (por favor, puntúe de 0 a 10, siendo 0 ninguno)

Problemas en el trabajo/escuela: _____ / 10 Problemas sociales: _____ / 10

Problemas con la vida familiar/responsabilidades en el hogar: _____ / 10

HISTORIA SOCIAL

Nombre del paciente: _____

Creciendo Lugar de nacimiento: _____ Lugar de crecimiento: _____

Sus padres estaban: Casados Divorciados Solteros Otro: _____

¿Siguen casados?: SÍ NO ¿Quién lo/a crió? _____

Padrastrós: SÍ NO Otro tutor encargado: _____

Hermanos: SÍ NO Número de hermanos: _____ Número de hermanas: _____

Hermanastros/as: SÍ NO Número de hermanastros: _____ Número de hermanastras: _____

Otros con los que se ha criado: SÍ NO _____

Vida al crecer (círcule todas las que correspondan):

Insegura Segura Infeliz Feliz No contenta Contenta Mal Buena Acosado/a

Otro: _____

Situación de vida actual Lugar donde vive ahora: _____ Otros que viven en el hogar: _____

Estado civil actual: Soltero/a Casado/a Pareja Otro: _____

Matrimonios anteriores: SÍ NO _____

¿Actualmente, como se siente? (círcule todas las que correspondan):

Inseguro/a Seguro/a Infeliz Feliz No contento/a Contento/a Mal Bien Acosado/a

Otro: _____

Hijos/as SÍ NO Número de hijos: _____ Número de hijas: _____

hijastros: SÍ NO Número de hijastros: _____ Número de hijastras: _____

Proporcione detalles si lo desea: _____

Sistema de apoyo (quién le proporciona apoyo emocional) _____

Educación

¿El grado más alto? _____ ¿Se graduó? SÍ NO De: _____ GED? SÍ NO

Colegio/Universidad SÍ NO ¿Se graduó? SÍ NO Especialidad/título: _____

Dificultades de aprendizaje/educación especial: _____

Historial laboral (qué tipo de trabajos ha tenido y/o tiene) _____

¿Historial militar? SÍ NO ¿Sector? _____ Años de servicio: _____

Problemas o cargos legales SÍ NO Cargos legales actuales: _____

Pasado: _____ Libertad condicional: _____

Antecedentes de violencia: _____

Historial de abuso de sustancias

Tipo de sustancia	Primera edad de uso	Frecuencia de uso cuando se utiliza	Cantidad usada típicamente	Ultimo uso
Alcohol				
Marihuana				
Cocaína/crack/met				
Alucinógenos				
Heroína/opiáceos				
Drogas de prescripción				
Consumo de caféina				
Nicotina (círcule el tipo)				
Cigarrillos Cigarros Pipa Masticable				
Otros (sales de baño/K2):				
Droga de elección:				
Historia de abstinencia de alcohol (convulsiones-temblores-alucinaciones):				

Client Initials: _____

Date of Completion: ___/___/___

Client ID: _____

Assessment Not Completed Reason:

Client Date of Birth: ___/___/___

- Too young
- Developmental delay
- Other: _____

The Child PTSD Symptom Scale (CPSS) (Spanish)

Las siguientes preguntas se refieren a cómo te puedes sentir acerca de esas cosas que me contaste previamente que te han afectado. De 0 a 3 escoge el número que mejor describe la frecuencia con que estos problemas te han molestado **DURANTE LAS ULTIMAS DOS SEMANAS.**

0	1	2	3
Por nada o sólo una vez	Una vez a la semana o menos /de vez en cuando	2- 4 veces a la semana/ la mitad del tiempo	5 veces a la semana o más /Casi siempre

1. Has tenido pensamientos o imágenes molestos sobre el trauma aunque tu no querías pensar en eso.	0	1	2	3
2. Has tenido sueños malos o pesadillas.	0	1	2	3
3. Has actuado o has sentido como si el trauma estuviera pasando de nuevo (has escuchado algo o visto algo que te recuerda del trauma y te has sentido como si el trauma estuviera pasando otra vez).	0	1	2	3
4. Te has sentido mal cuando piensas o escuchas algo sobre el trauma (por ejemplo: sintiéndote asustado(a), enojado(a), triste o culpable).	0	1	2	3
5. Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchas algo acerca del trauma (por ejemplo: sudando de repente, el corazón palpitando rápido).	0	1	2	3
6. Has tratado de no pensar, hablar, o de tener sentimientos acerca del trauma.	0	1	2	3
7. Has tratado de evitar actividades, personas, o lugares que te hacen recordar el evento traumático	0	1	2	3
8. Has tenido dificultad en recordar una parte importante del trauma.	0	1	2	3
9. Has tenido mucho menos interés o no has hecho las cosas que acostumbrabas hacer.	0	1	2	3
10. Has tenido dificultad en sentirte cercano a las personas que están a tu alrededor.	0	1	2	3
11. Has tenido dificultad en tener sentimientos fuertes (por ejemplo, no poder llorar o sentirte muy feliz).	0	1	2	3
12. Has sentido como si tus planes del futuro o tus esperanzas no se harán realidad (por ejemplo, no te graduarás de la escuela, no tendrás un trabajo, o no te casarás o no tendrás hijos(as)).	0	1	2	3
13. Has tenido dificultad en quedarte o mantenerte dormido(a).	0	1	2	3
14. Te has sentido irritable o has tenido momentos de enojo.	0	1	2	3
15. Has tenido dificultad en concentrarte (por ejemplo, se te olvida de lo que se trata algún programa de la televisión, olvidándote de lo que leíste, o no prestando atención en la clase).	0	1	2	3
16. Has estado demasiado cuidadoso(a) y atento(a), (por ejemplo, cuando alguien camina detrás de tí).	0	1	2	3
17. Te has asustado o te has sorprendido fácilmente.	0	1	2	3

Total _____

Nombre _____ Fecha de hoy _____

A continuación, se presenta una lista de los síntomas más comunes de la ansiedad. Por favor, lea atentamente cada elemento de la lista. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUYENDO HOY, marcando con una X el espacio correspondiente en la columna que se encuentra al lado de cada síntoma.

	PARA NADA	LIGERAMENTE No me molestó mucho	MODERADAMENTE Fue muy molesto, pero pude soportarlo	SEVERAMENTE Apenas pude soportarlo
1. Adormecimiento u hormigueo				
2. Sentimiento de calor				
3. Tambaleo en las piernas				
4. Imposibilidad de relajarse				
5. Miedo a que ocurra lo peor				
6. Mareo o vértigo				
7. El corazón late con fuerza o se acelera				
8. Inestabilidad				
9. Aterrorizado				
10. Nervioso				
11. Sensación de ahogo				
12. Temblor de manos				
13. Tembloroso				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Miedo				
18. Indigestión o malestar en el abdomen				
19. Desmayo				
20. Cara enrojecida				
21. Sudoración (no debida al calor)				

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(Marque con un " " para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

GAD-7

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? <i>(Marque con un " " para indicar su respuesta)</i>	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

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

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

Escala Autoaplicada de Manía de Altman (ASMS)

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones

1. En este cuestionario encontrará grupos de cinco frases; lea atentamente cada grupo.
2. Señale cuál de las frases de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante la última semana.
3. Rodee con un círculo el número que está al lado de cada frase elegida.
4. Por favor tome nota: la palabra «ocasionalmente» es utilizada aquí cuando ocurre una o dos veces; «a menudo» cuando ocurre varias veces o más; «frecuentemente» cuando ocurre la mayor parte del tiempo.

1)

0. No me siento más alegre o animado de lo habitual
1. Ocasionalmente me siento más alegre o animado de lo habitual
2. A menudo me siento más alegre o animado de lo habitual
3. Me siento más alegre o animado de lo habitual la mayor parte del tiempo
4. Me siento más alegre o animado de lo habitual todo el tiempo

2)

0. No me siento más seguro de mí mismo de lo habitual
1. Ocasionalmente me siento más seguro de mí mismo de lo habitual
2. A menudo me siento más seguro de mí mismo de lo habitual
3. La mayor parte del tiempo me siento más seguro de mí mismo de lo habitual
4. Me siento extremadamente seguro de mí mismo todo el tiempo

3)

0. No necesito dormir menos de lo habitual
1. Ocasionalmente necesito dormir menos de lo habitual
2. A menudo necesito dormir menos de lo habitual
3. Frecuentemente necesito dormir menos de lo habitual
4. Puedo funcionar todo el día y toda la noche sin dormir ni sentirme cansado

4)

0. No estoy más hablando de lo habitual
1. Estoy ocasionalmente más hablador de lo habitual
2. A menudo estoy más hablador de lo habitual
3. Frecuentemente estoy más hablador de lo habitual
4. Hablo constantemente y no me pueden interrumpir

5)

0. No he estado más activo (ni socialmente, ni sexualmente, ni en el trabajo, ni en casa ni en el colegio) de lo normal
1. He estado ocasionalmente más activo de lo normal
2. A menudo he estado más activo de lo normal
3. Frecuentemente he estado más activo de lo normal
4. He estado constantemente activo