



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, PMNHP. 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? _____

Padrastros: SÍ NO Otro tutor encargado: _____

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

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

Otros con los que se ha criado: SÍ NO _____

Vida al crecer (círcule todas las que correspondan):

Segura Feliz Contenta Buena
Insegura Infeliz No contenta Mal 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):

Seguro/a Feliz Contento/a Bien
Inseguro/a Infeliz No contento/a Mal 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 cafeína				
Nicotina (círcule el tipo) Cigarrillos Cigarros Pipa Masticable				
Otros (sales de baño/K2):				
Droga de elección:				
Historia de abstinencia de alcohol (convulsiones-temblores-alucinaciones):				

Nombre del paciente: _____

Historial de tratamiento

Tratamientos de drogas/alcohol	No	Sí	Fechas	Proveedor/centro de tratamiento
Tratamiento:	AA/NA	Ambulatorio/a	IOP	(corto o largo) residencial a largo plazo

HISTORIAL MÉDICO

Proveedor médico actual: _____

Problemas de salud o diagnósticos actuales: _____

SÓLO PARA MUJERES Última menstruación: ____ / ____ / ____ Método anticonceptivo: _____

Síntomas premenstruales: _____

Otros síntomas (sofocos, etc.): _____

Sólo si está embarazada o planea estarlo

Médico obstetra: _____ Clases prenatales: _____ Pecho Biberón

Número de embarazos: _____ Número de hijos: _____

Dominio de mano: Izquierda Derecha

Antecedentes quirúrgicos (marque aquellos que tenga actualmente o haya tenido en el pasado):

Adenoidectomía	Vesícula biliar	Reemplazo de rodilla	Amigdalectomía
Apendicectomía	Derivación gástrica	Derecha Izquierda	Ligadura de trompas
Colectomía	Reparación de hernia	Biopsia del hígado	Cirugía cardíaca/CABG
Colonoscopia	Histerectomía	Cirugía de los senos paranasales	Stent/válvula cardíaca
Colostomía	Reemplazo de cadera	Resección del Intestino delgado	Marcapasos
Cesárea	Derecha Izquierda		Desfibrilador

Otros procedimientos quirúrgicos: _____

Revisión médica de los sistemas (marque aquellos que tenga actualmente o haya tenido en el pasado):

Dependencia del alcohol	Gastrointestinal/colorrectal	Musculoesquelético					
Problemas de mama/seno	> Cáncer	> Rotura de huesos					
Cáncer	> Enfermedad celíaca	> Daños musculares/desgarros					
> Tipo _____	> Estreñimiento	> Osteoartritis					
Cardiovascular/corazón	> Enfermedad de Crohn/colitis ulcerosa	> Usar silla de ruedas/andador/caña					
> Presión arterial alta/hipertensión	> Diarrea	Respiratorio					
Cabeza/cerebro	> ERGE/Reflujo	> Asma					
> Conmoción cerebral	> Enfermedad del Intestino irritable	> EPOC					
> Lesión cerebral traumática	> Úlcera péptica	> Enfisema					
> Convulsiones	Endocrino	> Antecedentes de bronquitis					
> Derrame cerebral/accidente vascular cerebral	> Problemas de tiroides	> Antecedentes de neumonía					
> AIT/accidente isquémico transitorio	> Diabetes	Problemas urinarios					
	> SOP (síndrome de ovario poliquístico)	Problemas vasculares					
	Autoimmune	> Varices gástricas o esofágicas					
	> Artritis reumatoide	> Coágulos de sangre					
	> Lupus	Debilidad general					
	Pancreatitis	Otro _____					
Constitucional	Sí	Ojos	Sí	GI	Sí	Endo/heme/alergias	Sí

CES-D

A continuación, hay unas frases que describen como usted pudo haberse sentido o comportado. Por favor dígame con qué frecuencia se ha sentido de esta manera durante la última semana:

Durante la última semana	Raramente o ninguna vez (Menos de un día)	Un poco o algunas veces (1-2 días)	Ocasionalmente o una cantidad moderada (3-4 días)	La mayor parte o todo el tiempo (5-7 días)
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan				
2. No me sentía con ganas de comer; tenía mal apetito.				
3. Me sentía que no podía quitarme de encima la tristeza aún con la ayuda de mí familia o amigos.				
4. Sentía que yo era tan bueno como cualquiera otra persona.				
5. Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo.				
6. Me sentía deprimido.				
7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.				
8. Me sentía optimista sobre el futuro				
9. Pensé que mi vida había sido un fracaso.				
10. Me sentía con miedo.				
11. Mi sueño era inquieto.				
12. Estaba contento.				
13. Hablé menos de lo usual.				
14. Me sentí solo.				
15. La gente no era amistosa.				
16. Disfruté de la vida.				
17. Pasé ratos llorando.				
18. Me sentí triste.				
19. Sentía que no le caía bien a la gente.				
20. No tenía ganas de hacer nada.				

SCORING: zero for answers in the first column, 1 for answers in the second column, 2 for answers in the third column, 3 for answers in the fourth column. The scoring of positive items is reversed. Possible range of scores is zero to 60, with the higher scores indicating the presence of more symptomatology.

**SELF-REPORT FOR CHILDHOOD ANXIETY RELATED DISORDERS
(SCAReD)***

AUTO-REPORTE PARA DESÓRDENES RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA

FORMA PARA NIÑOS

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones:

Esta es una lista de cosas que describen como se siente usted. Marque el **0** si casi nunca o nunca es cierto. Marque el **1** si es cierto algunas veces. Marque el **2** si casi siempre o siempre es cierto. Para cada frase marque la respuesta que parece describirlo(a) durante los últimos 3 meses. Por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda.

0 = Casi nunca o nunca es cierto

1 = Es cierto algunas veces

2 = Casi siempre o siempre es cierto

1.	Cuando tengo miedo, no puedo respirar bien.	0 1 2
2.	Cuando estoy en la escuela me duele la cabeza.	0 1 2
3.	No me gusta estar con personas que no conozco bien.	0 1 2
4.	Cuando duermo en una casa que no es la mía, me da miedo.	0 1 2
5.	Me preocupa saber si le caigo bien a la gente.	0 1 2
6.	Cuando tengo miedo, siento que me voy a desmayar.	0 1 2
7.	Soy una persona nerviosa.	0 1 2
8.	Sigo a mis padres a donde ellos van.	0 1 2
9.	La gente me dice que me veo nervioso(a).	0 1 2
10.	Me pongo nervioso(a) cuando estoy con personas que no conozco bien.	0 1 2
11.	Cuando estoy en la escuela me duele el estómago (panza).	0 1 2
12.	Cuando tengo mucho miedo, me siento como si me fuera a enloquecer.	0 1 2
13.	Me preocupo cuando tengo que dormir solo(a).	0 1 2
14.	Me preocupo de ser tan bueno(a) como los otros niños (por ejemplo: en mis estudios o deportes).	0 1 2
15.	Cuando tengo mucho miedo, siento como si las cosas fueran diferentes o no reales.	0 1 2
16.	En las noches sueño que cosas malas le van a pasar a mis padres.	0 1 2
17.	Me preocupo cuando tengo que ir a la escuela.	0 1 2

POR FAVOR COMPLETE LA PROXIMA PÁGINA

0= Casi nunca o nunca es cierto

1= Es cierto algunas veces

18.	Cuando tengo mucho miedo, el corazón me late muy rápido.	0 1 2
19.	Cuando tengo mucho miedo, yo tiemblo.	0 1 2
20.	En las noches tengo pesadillas de que me va a pasar algo malo.	0 1 2
21.	Me preocupa pensar como me van a salir las cosas.	0 1 2
22.	Sudo mucho cuando tengo miedo.	0 1 2
23.	Me preocupo demasiado.	0 1 2
24.	Tengo miedo por ninguna razón.	0 1 2
25.	Me da miedo estar solo(a) en la casa.	0 1 2
26.	Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco.	0 1 2
27.	Cuando tengo miedo, siento como si no pudiera tragar.	0 1 2
28.	Las personas me dicen que yo me preocupo demasiado.	0 1 2
29.	No me gusta estar lejos de mi familia.	0 1 2
30.	Tengo miedo de tener ataques de nervios (pánico).	0 1 2
31.	Me preocupa pensar que algo malo le va a pasar a mis padres.	0 1 2
32.	Me da vergüenza cuando estoy con personas que no conozco.	0 1 2
33.	Me preocupa que me pasara cuando sea grande.	0 1 2
34.	Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar.	0 1 2
35.	Me preocupa saber si hago las cosas bien.	0 1 2
36.	Tengo miedo de ir al colegio.	0 1 2
37.	Me preocupan las cosas que ya han pasado.	0 1 2
38.	Cuando tengo miedo, me siento mareado(a).	0 1 2
39.	Me siento nervioso(a) cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (ejemplos: leer en voz alta, hablar, jugar)	0 1 2
40.	Me siento nervioso(a) de ir a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay gente que no conozco.	0 1 2
41.	Soy tímido(a)	0 1 2

*Hecho por Boris Birmaher, M.D., Suneeta Khetarpal, M.D., Marlane Cully, M.Ed., David A. Brent, M.D., and Sandra McKenzie, Ph.D., Instituto Siquiátrico de la Universidad de Pittsburgh (11/95). E-mail: boris@camp.wpic.pitt.edu

****Se recomienda que a los niños de 8 a 11 años se les explique bien el contenido de este cuestionario o que contesten el cuestionario al lado de un adulto en caso de que tengan algunas preguntas.**

**SELF-REPORT FOR CHILDHOOD ANXIETY RELATED DISORDERS
(SCAReD)**

AUTO-REPORTE PARA DESÓRDENES RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA

FORMA PARA LOS PADRES

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Instrucciones:

Esta es una lista de cosas que describen como se siente su hijo(a). Marque el **0** si casi nunca o nunca es cierto. Marque el **1** si es cierto algunas veces. Marque el **2** si casi siempre o siempre es cierto. Para cada frase marque la respuesta que describa a su hijo(a) durante los últimos 3 meses. Por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda incluso si hay algunas que no son de preocupación para su hijo(a).

0 = Casi nunca o nunca es cierto

1 = Es cierto algunas veces

2 = Casi siempre o siempre es cierto

1.	Cuando siente miedo, le cuesta respirar bien.	0 1 2
2.	Cuando está en la escuela, se queja de dolor de cabeza.	0 1 2
3.	No le gusta estar con personas que no conoce bien.	0 1 2
4.	Le da miedo dormir en otras casas.	0 1 2
5.	Se preocupa de lo que piensan de él (ella).	0 1 2
6.	Cuando tiene miedo, siente que se va a desmayar.	0 1 2
7.	Es un niño(a) nervioso(a).	0 1 2
8.	Me sigue a todas partes donde voy (es como mi "sombra").	0 1 2
9.	La gente dice que mi hijo(a) se ve nervioso(a).	0 1 2
10.	Se pone nervioso(a) con personas que no conoce bien.	0 1 2
11.	Cuando está en la escuela le duele el estómago.	0 1 2
12.	Cuando tiene mucho miedo, se siente como si se fuera a "enloquecer".	0 1 2
13.	Se preocupa si tiene que dormir solo(a).	0 1 2
14.	Se preocupa de ser tan bueno(a) como los otros niños.	0 1 2
15.	Cuando tiene mucho miedo siente como si las cosas no fueran reales.	0 1 2
16.	Sueña que algo malo le va a pasar a su mamá o a su papá.	0 1 2
17.	Se preocupa cuando tiene que ir a la escuela.	0 1 2

POR FAVOR COMPLETE LA PROXIMA PÁGINA

0=Casi nunca o nunca es cierto

1=Es cierto algunas veces

2=Casi siempre o siempre es cierto

18.	Cuando tiene miedo, el corazón le late muy rápido.	0 1 2
19.	Cuando tiene miedo, se pone tembloroso.	0 1 2
20.	Sueña que algo malo le va a pasar a él (ella).	0 1 2
21.	Le preocupa como le van a salir las cosas.	0 1 2
22.	Cuando tiene miedo (nervios) suda mucho.	0 1 2
23.	Se preocupa demasiado.	0 1 2
24.	Le da mucho miedo sin tener ningún motivo.	0 1 2
25.	Le da miedo estar solo(a) en casa.	0 1 2
26.	Le cuesta trabajo hablar con personas que no conoce.	0 1 2
27.	Cuando tiene miedo, siente que se está ahogando.	0 1 2
28.	Las personas dicen que se preocupa demasiado.	0 1 2
29.	No le gusta estar separado de la familia.	0 1 2
30.	Le da miedo de tener ataques de ansiedad (pánico).	0 1 2
31.	Le preocupa que algo malo les pueda pasar a sus padres.	0 1 2
32.	Le da vergüenza cuando esta con personas que no conoce.	0 1 2
33.	Le preocupa que le vaya a pasar en el futuro.	0 1 2
34.	Cuando tiene miedo le dan ganas de vomitar.	0 1 2
35.	Le preocupa saber si está haciendo las cosas bien.	0 1 2
36.	Tiene miedo de ir a la escuela.	0 1 2
37.	Le preocupan las cosas que ya han pasado.	0 1 2
38.	Cuando tiene miedo, se siente mareado(a).	0 1 2
39.	Se siente nervioso(a) cuando tiene que hacer algo delante de otros niños o adultos (por ejemplo: leer en voz alta, hablar, jugar).	0 1 2
40.	Se siente nervioso(a) de ir a fiestas, bailes o alguna parte donde hay gente que no conoce.	0 1 2
41.	Mi hijo(a) es tímido(a).	0 1 2

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 _____