



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 consulta de la PMHNP son las siguientes:
 - Lunes CERRADO
 - Martes y miércoles de 8:00 a.m.-7:00 p.m.
 - Jueves y viernes de 8:00 a.m.-5:00 p.m.
- 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):

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 caféna				
Nicotina (círcule el tipo)				
Cigarrillos Cigarros Pipa Masticable				
Otros (sales de baño/K2):				
Druga 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
Colesterol alto	> SOP (síndrome de ovario poliquístico)	Problemas vasculares
Enfermedad del hígado	Autoimmune	> Varices gástricas o esofágicas
> Cirrosis	> Artritis reumatoide	> Coágulos de sangre
> Hepatitis A B C	> Lupus	Debilidad general
Problemas de vesícula biliar	Pancreatitis	Otro _____
Constitucional Sí	Ojos Sí	GI Sí
		Endo/heme/alergias Sí

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 últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

Ningún día

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

(Marque con un " " para indicar su respuesta)

	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