



33 4<sup>th</sup> 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](mailto: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):				

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	<b>Respiratorio</b>
Cabeza/cerebro	> ERGE/Reflujo	> Asma
> Conmoción cerebral	> Enfermedad del Intestino irritable	> EPOC
> Lesión cerebral traumática	> Úlcera péptica	> Enfisema
> Convulsiones	<b>Endocrino</b>	> Antecedentes de bronquitis
> Derrame cerebral/accidente vascular cerebral	> Problemas de tiroides	> Antecedentes de neumonía
> AIT/accidente Isquémico transitorio	> Diabetes	<b>Problemas urinarios</b>
	> SOP (síndrome de ovario poliquístico)	<b>Problemas vasculares</b>
	<b>Autoimmune</b>	> Varices gástricas o esofágicas
	> Artritis reumatoide	> Coágulos de sangre
	> Lupus	<b>Debilidad general</b>
	<b>Pancreatitis</b>	Otro _____
Constitucional	Ojos	Endo/heme/alergias
Sí	Sí	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:

<b>Durante la última semana</b>	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 mi 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