



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 tiempo. Hemos reservado ese espacio 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 su cita tan pronto como sea posible si sabe que no va a poder asistir a ella, de preferencia un día antes, para que podamos ofrecer esa cita a alguien más. (Llame al 877-800-5722)
- Llegue a tiempo para el programa de inscripción y las citas médicas.

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

- Si usted no se presenta a su cita o la cancela al menos 24 horas antes (“no show”), su proveedor se pondrá en contacto con usted para saber por qué no se presentó, para revisar estas reglas para citas de salud con usted y ver si puede reprogramar la cita. Por favor llámenos y avísenos si está teniendo problemas para asistir a sus citas.
- Si usted no se presenta a una 2nd cita sin hablar con su proveedor, él intentará ponerse en contacto con usted de nuevo para saber la razón y decidir si todavía puede ser visto. Si el proveedor decide que ya no será atendido, recibirá una carta del proveedor para informarle acerca de la decisión. Si lo desea, usted puede apelar la decisión del proveedor de que ya no puede ser atendido. El proceso de apelación será explicado en la carta que usted recibirá. Si su proveedor de atención médica 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 pero quiere seguir viendo a ese mismo proveedor, puede, después de 6 meses, volver a solicitar que ese mismo proveedor lo atienda. Usted debe, en ese momento, comprometerse a seguir todas las normas de la clínica (descritas aquí) con el fin de ser visto por el proveedor.

¿Qué pasa si llega tarde?

- Si llega más de 10 minutos de retraso a su cita, probablemente tendrá que esperar más de lo normal ya que tendremos que tratar de atenderlo entre otros pacientes.
- Si no podemos acomodarlo entre los demás pacientes, es posible que se le pida que re programe su cita.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Revisado el

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
☐

El numero de mudansa desde el nacimiento de su nino: _____ ¿Su niño ha estado en acogida? ___ Si ___ No
 ¿Otra familia o colocación residencial? _____ Si ___ No Describe: _____

HISTORIA DE DESARROLLO/SOCIAL/ CLINICA " EI INFORME de PADRES CON RESPECTO AL NIÑO "

Las instrucciones: Lea por favor cada pregunta, marque un 'X' en la caja apropiada y comentarios donde necesario.

El Embarazo de la madre con Niño: Parto: ___ Vaginal ___ C-Sección Parto Inducido: ___ Si ___ No
 Tenazas utilizado: ___ Si ___ No Había complicaciones? ___ Si ___ No
 Si había complicaciones, ___ Diabetes ___ Prematuro ___ Toxemia ___ Pre-eclampsia ___ Otra: _____

Era un embarazo termino? ___ Si ___ No Si no, en cuántas semanas fue su niño nacido? _____
 Cuánto tiempo se quedó su niño en el hospital después de dando a luz? _____
 Cualquier otros comentarios? (i.e. piel amarillenta, embarazo de gemelo, problemas respiratorios al nacer).
 Explique por favor: _____

Cuánto peso su niño? _____ lbs _____ oz
 El tabaco, alcohol, medicinas de prescripción (además de Vitaminas Prenatales) o drogas utilizado durante
 embarazo? ___ Si ___ No Si "sí", explica por favor: _____

DESARROLLO:	Temprano	Normal	Tarde
Sentado sin apoyo	___ <6 meses	___ 7 – 8 meses	___ 9 meses o más
Bebe se mueve arrastrando su trasero	___ 8 meses	___ 9 meses	___ 10 meses o más
Se paró Sólo	___ 10 meses	___ 11 meses	___ 12 meses o más
Dijo 2 palabras fuera de "mamá/papá"	___ 10 meses	___ 11 meses	___ 12 meses o más
Camino sólo	___ 11 meses	___ 12 meses	___ 13 meses o más
Camino sólo bien	___ 11 meses	___ 15 meses	___ 16 meses o más
Dijo 3-6 palabras	___ 14 meses	___ 15 meses	___ 16 meses o más
Junto 2 palabras	___ < 2 años	___ 2 años	___ 2 años o más
Ir a baño (fuera de los pañales)	___ 2 ½ - 3 años	___ 3 – 3 ½ años	___ 3 ½ años o más

Social: Habla su niño fácilmente con otros? ___ Si ___ No Tiene su niño amigos? ___ Si ___ No

Juega su niño bien con otros niños? ___ Si ___ No Su niño es sexualmente activo? ___ Si ___ No

(comentarios): _____

Apoyo Social: Su niño tiene relaciones apoyadora? ___ Padres ___ Amigos íntimos ___ Novio/Novia ___ Guardianes
 ___ Hermanos ___ Tías/tíos ___ Amigos cercanos ___ Familia de iglesia ___ Otro: _____

Hábitos de Comer: Es su niño un comedor difícil? ___ Si ___ No: Hábitos alimentarios inusuales? (como
 suciedad o papel) ? _____ Si ___ No Describa: _____

Numero de comidas/día _____

Dormir: Cuántas horas duerme su niño? _____ Cuánto tiempo le lleva a su niño para dormir? _____ Su niño
 tiene pesadillas? ___ Si ___ No Si su niño moja la cama, con qué frecuencia esto ocurre? _____

Caminar de sueño? ____ Si ____ No Terror de noche? ____ Si ____ No Otra: _____

Dolor: Su niño esta teniendo cualquier dolor ahora? ____ Si ____ No

(explique): _____

Ha tenido su niño cualquier dolor durante los pasados 2 meses? ____ Si ____ No

Cuenta : (0-10 siendo el peor) (Si "si" explique): _____

REPASO MEDICO DE SISTEMAS - "INFORME de PADRES"

Circule por favor los problemas que su niño/adolescente experiencia

OJOS, OREJAS, NARIZ Y BOCA ____ sin problemas **GASTROINTESTINAL** ____ sin problemas

Glaucoma

Problemas con los dientes

Pérdida de visión

Visión doble

ojo rosado

Pérdida auditiva

Descargue de Orejas

Obstrucción nasal

Descargue de la Nariz/Sangramiento de la nariz

Dolor de Cabeza o Garganta

Otro: _____

Dolor del estómago

Náusea

Vomito

Reflujo de ácida

Estreñimiento

Hemorroides

Excremento conteniendo sangre

Excremento oscuro

Incapacidad de control de los excrementos

Otro: _____

ENDOCRINO/PIEL ____ sin problemas

Sudores aumentado

No puede tolerar frío/calor

Fatiga extrema

Cambio en los Glóbulos

Nodos Linfáticos ampliados

Sed excesiva /boca seca

Apetito aumentado

Orinar con frecuencia

Hematoma o descamación de la piel

Salpullido y/o picazón de la piel

Otro: _____

GENITOURINARIO ____ sin problemas

Problemas/Dolor/Piedras del riñón

Piel amarillenta

Infección de vejiga

Emisión dolorosa de la orina

Sangre en la orina

Emisión de orina más abundante durante la noche

Incontinencia nocturna

Incontinencia durante el día

Enfermedades de transmisión sexual (STD's)

Descarga vaginal/del pene

Ultimo período menstrual (si aplicable): _____

Otro: _____

CARDIOVASCULAR ____ sin problemas

Defectos/Anormalidades estructurales:

El corazón se salta un ritmo/arritmia

Historia de Soplos en el corazón

Ritmo del corazón aumentado

Ritmo del corazón aflojado

Dolor de pecho

Hinchazón de Pies

Episodio de Temor/Pánico

Temor de Morirse

Otro: _____

NEUROLOGICO ____ sin problemas

Mareo

Dolores de cabeza

Migrañas

Pérdida de conocimiento/Desmayos

Ataque de epilepsia/convulsion

Pérdida de Sensaciones

Problemas de discurso/hablar

Problemas del sueño

Problemas de caminar

Temblores o Tics

Otro: _____

RESPIRATORIO ____ sin problemas

Falta de aire/Asma

Respiración sibilante

MUSCULOESQUELETAL ____ sin problemas

Se fracturó Huesos

Coyunturas dolorosas

Pulmonía
Tos crónica
Tos con sangre
Fiebre
Sudores de noche

Coyunturas tiesas o Hinchadas
Calambre nocturna
Sudores de noche
Debilidad musculares
Otro: _____

Si su niño/adolescente ha sufrido cualquiera de antes mencionado en el pasado, por favor explique aquí:

Tiene su niño corpotamientos del uno mismo-injurious? (tales como uno mismo-moder, golpes, cortandose o quemandose). Describe: _____

Cuando fue el último examen físico del niño? _____ último examen dental? _____

Jamás ha tenido su niño un elevado "nivel de plomo" ___ Si ___ No

Jamás su niño ha tenido las pruebas siguientes?:

Pruebas de visión/de audición ___ Si ___ No

Electroencefalograma (EEG)? ___ Si ___ No

CAT scan/MRI (imagen del cerebro) ___ Si ___ No

EKG (prueba de corazón)? ___ Si ___ No

Evaluación neurológica ___ Si ___ No : _____

Su niño tiene una historia de trauma de cabeza? ___ No ___ Si *Si sí, explica por favor:* _____

A que edad? _____ Estuvo una pérdida del conocimiento? ___ Si ___ No

Hospitalizaciones médicas? ___ Si ___ No *Si sí, lista año y las razones:* _____

Cirugías/operaciones? ___ Si ___ No *Si sí, lista año y las razones:* _____

Inmunizaciones que ha recibido: _____ Reciente ___ detalles desconocidos

Jamás su niño a tenido varicela? ___ Si ___ No *Si sí, cuando y a que edad?* _____

Historia Médico/Psiquiátrico de la familia:

Ha tenido personas en la familia inmediata o extensa que ha sufrido de (Circule por favor y indique que miembro de la familia):

La muerte de repente antes de los 35 anos debido a problemas cardíacos _____

Problemas cardíacos _____

Migrañas _____

Epilepsia _____

Tiroides _____

Esclerosis múltiple _____

Hipertensión _____

Diabetes _____

Problemas pulmonares _____

Problemas de estómago _____

Artritis _____

Cáncer _____

Problemas de riñón _____

Problemas de leer _____

Otras Incapacidades de aprendizaje _____

Problemas de discurso/idioma: _____

Educación especial _____

Autismo _____

Atraso mental _____

Tuberculosis: _____ Otro _____

Problemas psicológicos/enfermedades mental (los detalles serán pedidos durante la visita)

Abuso de alcohol _____ Abuso de drogas _____

Liste por favor cualquier otras preocupaciones médicas aquí: _____

Cualquier Alergia?: ___ No. ___ Si: Liste por favor (i.e., medicinas específicas, los alimentos, del medio ambiente (i.e. el cedro, la caspa de gato)

HOSPITALIZACIONES PSIQUIÁTRICAS, COLOCACIONES RESIDENCIALES DEL CENTRO DEL TRATAMIENTO EN EL PASADO:

MEDICAMENTOS ACTUALES:

MEDICINA SIN RECETA /HIERBAS SUPLEMENTA – VITAMINAS (Utilizado Regularmente)

REGISTRO de MEDICINA – INFORME de PADRES' Circule por favor las medicinas tomada en el pasado y indique la dosis máxima tomada y porqué la medicina fue parada.

NINGUNO	La Dosis máximas y la Razón que la medicina fue parada		La Dosis máximas y la Razón que la medicina fue parada
ANTI-DEPRESSIVO		ESTIMULANTES	
Celexa (Citalopram)		Adderall (Dextroamphetamine Mixed Salts)	
Desyrel (Trazodone)		Adderall XR	
Effexor XR (Venlafaxine)		Concerta (MethylphenidateER)	
Luvox (Fluvoxamine)		Dexedrine (Dextroamphetamine)	
Paxil (Paroxetine)		Dexedrine Spansule	

Prozac (Fluoxetine)		Metadate CD/Metadate ER	
Remeron (Mirtazapine)		Ritalin (Methylphenidate)	
Serzone (Nefazadone)		Ritalin SR	
Tofranil (Imipramine)		Ritalin LA	
Wellbutrin/SR (Bupropion)		Focalin/FocalinXR (Dexmethylphenidate)	
Wellbutrin XL		DaytranaPatch	
Cymbalta (Duloxetine)		Vyvanse (Lisdexamfetamine)	
Lexapro (Escitalopram)		ANTI-PSICÓTICO	
Zoloft (Sertaline)		Orap (Pimozide)	
Cymbalta (Duloxetine)		Risperdal (Risperidone)	
MAOI/Emsam/Nardil		Seroquel (Quetiapine)	
ESTABILIZADOR DE ANIMO		Thorazine (Chlorpromazine)	
Depakote(Divalproex Sodium, Valproic Acid)		Zyprexa (Olanzapine)	
Depakote ER		Mellaril (Thioridazine)	
Lithium		Abilify (Aripipazole)	
Lithobid(Lithium Carbonate)		Clozaril (Clozapine)	
Eskalith CR (Lithium CR)		Geodon (Ziprasidone)	
Neurontin (Gabapentin)		Haldol (Haloperidol)	
Lamictal (Lamotrigine)		Symbyax	
Tegretol (Carbamazepine)		BENZODIACEPINAS	
Topamax (Topiramate)		Ativan (Lorazepam)	
Trileptal (Oxcarbamazepine)		Klonopin (Clonazepam)	
OTRA'S MEDICINAS		Xanax (Alprazolam)	
Intuniv (Guanfacine)		Ambien (Zolpidem)	
Strattera (Atomoxetine)		Sonata (Zaleplon) Lunesta Rozerem	
Benadryl/Diphenhydramine		Catapres (Clonidine)	
BuSpar (Buspirone)		Cogentin (Benztropine)	
Tenex (Guanfacine)		Vistaril (Hydroxyzine)	

Educación: Grado actual: _____ Escuela: _____ Distrito: _____

Jamás repitió un grado? Cuál? _____ Notas corrientes: _____

Clases regulares Recurso Educación especial Programa para estudiantess talentosos
 Escuela Alternativa

Legal: Historia de Cargos Legales (círcule: corriente pendientes pasados) Para qué? _____
 Historia de detención/probación. Dónde y cuándo?: _____

Abuso de alcohol/drogas: Sospecha abuso de alcohol o drogas por su niño? Si sí, explica por favor:

Abuso: Usted sabe/o sospecha abuso físico o sexual de su niño? Si sí, explica por favor brevemente:

Usted sabe/o sospecha que su niño ha abusado sexualmente a otra persona? Si sí, explica por favor brevemente:

Ha sido CPS involucrado? Si sí, explica por favor brevemente:

Su hijo fue testigo de violencia doméstica? Si sí, explica por favor brevemente:

EVALUACION de SEGURIDAD:

Hay armas en su casa? Si No. Si si, existe el almacenamiento seguro de armas de fuego? (i.e., cerrando y separando munición, manteniendo los fusiles descargados) Si No

Para la seguridad, cuál de lo siguiente estás dispuesto a hacer (cheque todo que aplica)? Quite las armas de casa Deje los armas en casa, almacenado de forma segura Encerrar cosas afiladas (i.e., cuchillos, rasuradora, hachas, sierras, otras herramientas, etc.) Encerrar cosas inflamables (i.e., gasolina, líquidos inflamables) y encendedores Encerrar cuerdas y cadenas Encerrar todas las medicinas con o sin recetas

Fecha de hoy/Today's Date: _____

Nombre del niño(a)/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre y/o de la madre/Parent's Name: _____

Teléfono/Parent's Phone Number: _____

Instrucciones: Conteste basándose en lo que considera apropiado para un niño de esa edad. Al completar este cuestionario, piense por favor en la conducta de su niño durante los últimos seis meses.

Directions: Each rating should be considered in the context of what is appropriate for the age of your child. When completing this form, please think about your child's behaviors in the past 6 months.

Esta evaluación se refiere a un período en el que su hijo(a)

Is this evaluation based on a time when the child

tomaba medicamentos
was on medication

no tomaba medicamentos
was not on medication

no lo recuerda
not sure?

Síntomas/ Symptoms	Nunca/ Never	A veces/ Occasionally	Seguido/ Often	Muy seguido/ Very Often
1. No pone atención a los detalles o comete errores por descuido, como por ejemplo, cuando hace la tarea <i>Does not pay attention to details or makes careless mistakes with, for example, homework</i>	0	1	2	3
2. Se le dificulta mantenerse atento al llevar a cabo sus actividades <i>Has difficulty keeping attention to what needs to be done</i>	0	1	2	3
3. Parece no estar escuchando cuando se le habla directamente <i>Does not seem to listen when spoken to directly</i>	0	1	2	3
4. No sigue las instrucciones hasta el final y no concluye sus actividades (no porque se rehúse a seguirlas o porque no las comprenda) <i>Does not follow through when given directions and fails to finish activities (not due to refusal or failure to understand)</i>	0	1	2	3
5. Tiene dificultad al organizar sus tareas diarias y actividades <i>Has difficulty organizing tasks and activities</i>	0	1	2	3
6. Evita, le disgusta o no quiere comenzar actividades que requieren un mayor esfuerzo mental <i>Avoids, dislikes, or does not want to start tasks that require ongoing mental effort</i>	0	1	2	3
7. Pierde cosas que son indispensables para cumplir con sus tareas o actividades (juguetes, tareas de la escuela, lápices o libros) <i>Loses things necessary for tasks or activities (toys, assignments, pencils, or books)</i>	0	1	2	3
8. Se distrae fácilmente con ruidos u otros estímulos externos <i>Is easily distracted by noises or other stimuli</i>	0	1	2	3
9. Es olvidadizo(a) en sus actividades cotidianas <i>Is forgetful in daily activities</i>	0	1	2	3
10. Mueve constantemente las manos o los pies, o no se está quieto(a) en su asiento <i>Fidgets with hands or feet or squirms in seat</i>	0	1	2	3
11. Se pone de pie cuando debiera permanecer sentado(a) <i>Leaves seat when remaining seated is expected</i>	0	1	2	3

La información contenida en esta publicación no debe usarse a manera de sustitución del cuidado médico y consejo de su pediatra. Éste podría recomendar variaciones en el tratamiento, según hechos y circunstancias individuales.

Derechos de Autor © 2005 Academia Americana de Pediatría, Universidad de North Carolina en Chapel Hill para su Centro de Mejoramiento del Cuidado de Salud Infantil de North Carolina y la Iniciativa Nacional en Favor de la Calidad del Cuidado de Salud Infantil.

Adaptación de las Escalas de Clasificación Vanderbilt, diseñadas por Mark L. Wolraich, MD.
Revisión - 1102



D3s2 Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Continuación cuestionario para PADRES
NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—PARENT Informant, continued

Fecha de hoy/Today's Date: _____

Nombre del niño(a)/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre y/o de la madre/Parent's Name: _____

Teléfono/Parent's Phone Number: _____

Síntomas (continuación)/ Symptoms (continued)	Nunca/ Never	A veces/ Occasionally	Seguido/ Often	Muy seguido/ Very Often
12. Corre o camina por todos lados cuando debiera permanecer sentado <i>Runs about or climbs too much when remaining seated is expected</i>	0	1	2	3
13. Se le dificulta jugar o empezar actividades recreativas más tranquilas <i>Has difficulty playing or beginning quiet play activities</i>	0	1	2	3
14. Está en constante movimiento o actúa como si "tuviera un motor por dentro" <i>Is "on the go" or often acts as if "driven by a motor"</i>	0	1	2	3
15. Habla demasiado <i>Talks too much</i>	0	1	2	3
16. Responde precipitadamente, incluso antes de escuchar la pregunta completa <i>Blurts out answers before questions have been completed</i>	0	1	2	3
17. Tiene dificultad al esperar su turno <i>Has difficulty waiting his or her turn</i>	0	1	2	3
18. Interrumpe o se entromete en conversaciones o actividades ajenas <i>Interrupts or intrudes in on others' conversations and/or activities</i>	0	1	2	3
19. Discute con adultos <i>Argues with adults</i>	0	1	2	3
20. Se enfurece con facilidad <i>Loses temper</i>	0	1	2	3
21. Desafía abiertamente o se niega a cumplir las órdenes o las reglas de los adultos <i>Actively defies or refuses to go along with adults' requests or rules</i>	0	1	2	3
22. Molesta adrede a los demás <i>Deliberately annoys people</i>	0	1	2	3
23. Culpa a otros de sus propios errores o su mal comportamiento <i>Blames others for his or her mistakes or misbehaviors</i>	0	1	2	3
24. Se ofende o se molesta fácilmente con otros <i>Is touchy or easily annoyed by others</i>	0	1	2	3
25. Está enojado(a) o resentido(a) <i>Is angry or resentful</i>	0	1	2	3
26. Es rencoroso y vengativo <i>Is spiteful and wants to get even</i>	0	1	2	3
27. Reta, amenaza o intimida a otros <i>Bullies, threatens, or intimidates others</i>	0	1	2	3
28. Comienza peleas de contacto físico <i>Starts physical fights</i>	0	1	2	3
29. Miente con el fin de salir de apuros o para eludir sus obligaciones <i>Lies to get out of trouble or to avoid obligations (ie, "cons" others)</i>	0	1	2	3
30. Falta a la escuela sin permiso <i>Is truant from school (skips school) without permission</i>	0	1	2	3



D3s3 Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Continuación cuestionario para PADRES
NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—PARENT Informant, continued

Fecha de hoy/Today's Date: _____

Nombre del niño(a)/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre y/o de la madre/Parent's Name: _____

Teléfono/Parent's Phone Number: _____

Síntomas (continuación)/ Symptoms (continued)	Nunca/ Never	A veces/ Occasionally	Seguido/ Often	Muy seguido/ Very Often
31. Es físicamente cruel con los demás <i>Is physically cruel to people</i>	0	1	2	3
32. Ha robado cosas de valor <i>Has stolen things that have value</i>	0	1	2	3
33. Destruye deliberadamente la propiedad ajena <i>Deliberately destroys others' property</i>	0	1	2	3
34. Ha usado un objeto que puede herir a alguien (bate, cuchillo, ladrillo, pistola) <i>Has used a weapon that can cause serious harm (bat, knife, brick, gun)</i>	0	1	2	3
35. Tortura animales <i>Is physically cruel to animals</i>	0	1	2	3
36. Ha provocado fuegos para causar daños <i>Has deliberately set fires to cause damage</i>	0	1	2	3
37. Ha entrado a una casa, un negocio o un carro ajeno <i>Has broken into someone else's home, business, or car</i>	0	1	2	3
38. Ha permanecido fuera de la casa sin permiso durante la noche <i>Has stayed out at night without permission</i>	0	1	2	3
39. Se ha escapado de la casa durante la noche <i>Has run away from home overnight</i>	0	1	2	3
40. Ha obligado a alguien a sostener algún tipo de actividad sexual <i>Has forced someone into sexual activity</i>	0	1	2	3
41. Siente miedo, ansiedad o está preocupado <i>Is fearful, anxious, or worried</i>	0	1	2	3
42. Teme hacer nuevas cosas por temor a cometer errores <i>Is afraid to try new things for fear of making mistakes</i>	0	1	2	3
43. Se desprecia a sí mismo se siente inferior <i>Feels worthless or inferior</i>	0	1	2	3
44. Siente que los problemas son responsabilidad suya y se siente culpable <i>Blames self for problems, feels guilty</i>	0	1	2	3
45. Se siente solo(a), rechazado(a) o sin amor; se queja de que nadie lo quiere <i>Feels lonely, unwanted, or unloved; complains that "no one loves him or her"</i>	0	1	2	3
46. Se siente triste, infeliz o deprimido(a) <i>Is sad, unhappy, or depressed</i>	0	1	2	3
47. Está al pendiente de sus actos o se avergüenza fácilmente <i>Is self-conscious or easily embarrassed</i>	0	1	2	3



D3s4 Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Continuación cuestionario para PADRES
NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—PARENT Informant, continued

Fecha de hoy/Today's Date: _____

Nombre del niño(a)/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre y/o de la madre/Parent's Name: _____

Teléfono/Parent's Phone Number: _____

Comportamiento Performance	Excelente/ Excellent	Sobre lo normal/ Above Average	Normal/ Average	Cierta dificultad/ Somewhat of a Problem	Con dificultad/ Problematic
48. Comportamiento general en la escuela <i>Overall school performance</i>	1	2	3	4	5
49. Lectura <i>Reading</i>	1	2	3	4	5
50. Escritura <i>Writing</i>	1	2	3	4	5
51. Matemáticas <i>Mathematics</i>	1	2	3	4	5
52. Relación con sus padres <i>Relationship with parents</i>	1	2	3	4	5
53. Relación con sus hermanos <i>Relationship with siblings</i>	1	2	3	4	5
54. Relación con sus compañeros <i>Relationship with peers</i>	1	2	3	4	5
55. Participación en actividades organizadas (ejemplo: equipos deportivos) <i>Participation in organized activities (eg, teams)</i>	1	2	3	4	5

Comentarios/Comments:

For Office Use Only

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 1–9: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 10–18: _____

Total Symptom Score for questions 1–18: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 19–26: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 27–40: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 41–47: _____

Total number of questions scored 4 or 5 in questions 48–55: _____

Average Performance Score: _____



**Cuestionario breve de la satisfacción de la vida para estudiantes
(Huebner, 1997)**

Para estas seis preguntas díganos por favor, su nivel de satisfacción con diferentes áreas de tu vida. **Círculo la mejor respuesta para cada uno:**

“ Yo describiría mis satisfacción con...

	terrible	infeliz	sobre todo insatisfecho/a	Mixto (sobre igualmente e insatisfechos)	principalmente satisfecho/a	satisfecho/a	muy satisfecho/a
<i>1. Mi vida familiar como...</i>							
<i>2. Mis amistades como...</i>							
<i>3. Mis experiencias en la escuela como...</i>							
<i>4. Sobre mí como...</i>							
<i>5. Mi casa /donde yo vivo como...</i>							
<i>6. Mi vida general como:</i>							
Suma	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Suma _____

÷ 6 = _____



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 Siquiátrica 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?:
 - 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.
- 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? ¿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	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	Deferred due to: _____	<input type="radio"/> Patient Declined
Other referral(s): _____ _____		<input type="radio"/> Submitted via NextGen	<input type="radio"/> Resources Letter Generated	Deferred due to: _____	<input type="radio"/> Patient Declined
		<input type="radio"/> Submitted via NextGen	<input type="radio"/> Resources Letter Generated	Deferred due to: _____	<input type="radio"/> Patient Declined
		<input type="radio"/> Submitted via NextGen	<input type="radio"/> Resources Letter Generated	Deferred due to: _____	<input type="radio"/> Patient Declined

Provider Name and Credentials (Print)

Provider Signature

Date

Name/Nombre _____ Date/Fecha _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____

CAGE-AID + 1 Questionnaire

Yes	No	Have you ever felt you ought to cut down in your drinking or drug use?
Yes	No	Have people made you mad by criticizing your drinking or drug use?
Yes	No	Have you felt bad or guilty about your drinking or drug use?
Yes	No	Have you ever had a drink or used drugs first thing in the morning to steady your nerves or to get rid of a hangover?
Yes	No	In the past year, have you used an illegal drug or used a prescription medication for non-medical reasons (to get high)? How Many Times? _____
		How many times In the past year have you had 5 (for men) or 4 (for women and all adults older than 65) or more drinks in a day? _____

Español

Sí	No	¿Ha sentido alguna vez usted debe reducir su consumo de alcohol o el uso de drogas?
Sí	No	¿Ha estado enojado alguna vez porque la gente critica su uso de alcohol o consumo de drogas?
Sí	No	¿Sentido mal o culpable sobre su uso de alcohol o drogas?
Sí	No	¿Alguna vez un trago o usado drogas primero por la mañana para calmar su nervios o deshacerse de una resaca?
Sí	No	¿ Durante el año pasado, ha usado una droga ilegal o utiliza un medicamento de prescripción por razones no médicas (para drogarse)? ¿Cuántas veces? _____
		En el año pasado ¿Cuántas veces ha tomado más de 5 (para hombres) o 4 (para mujeres y para todos los adultos mayores de 65 años de edad) bebidas alcohólicas en un día? _____



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?



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?