



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 su hora. Hemos reservado ese tiempo 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 sus citas si usted sabe que no va a poder asistir, tan pronto sea posible, de preferencia un día antes, así podemos ofrecerla a alguien más. (Llame al 877-800-5722)
- Llegue a tiempo para el programa de inscripción y la cita médica.

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

- Si usted “no show” a su cita o la cancela al menos 24 horas antes, su proveedor se pondrá en contacto con usted para saber por qué no se presentó, para revisar las reglas de la cita con usted y ver si puede reprogramar con ellos. Por favor llámenos y avísenos si está teniendo problemas para asistir a sus citas.
- Si usted “no show” para una 2nd cita sin hablar con su proveedor, él intentará ponerse en contacto con usted una vez más para saber el por qué y entonces decidirá si debe todavía ser visto por ellos. Si el proveedor decide que no lo ven como paciente ya, usted recibirá una carta de él indicándolo así. Si lo desea, usted puede apelar la decisión del proveedor. El proceso de apelación será expuesto en la carta que usted recibirá. Si su profesional médico 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 y todavía quiere seguir viéndolo, usted puede, después de 6 meses, volver a solicitar los servicios con él. Usted debe, en ese momento convenir en seguir todas las normas de la clínica (que se describe aquí) con el fin de ser visto por el profesional médico.

¿Qué pasa si llega tarde?

- Si son más 10 minutos de retraso en su hora de llegada, probablemente tendrá que esperar más de lo usual ya que tendremos que acomodarlo entre pacientes.
- Si no podemos acomodarlo entre pacientes, es posible que se le pida que re programe su cita.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

Durante las <u>últimas dos (2) semanas</u> , ¿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

Nombre _____

Fecha _____

**Cuestionario de la calidad de vida y nivel de satisfacción – forma cortada
(Q-LES-Q-SF)**

Teniendo todo en cuenta, durante la semana pasada, ¿cuál es su grado de satisfacción con su(s)...

	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy Bien
salud física?					
humor?					
trabajo?					
actividades del hogar					
relaciones sociales?					
relaciones familiares?					
actividades de tiempo libre?					
capacidad de funcionar en la vida diaria?					
impulso sexual, interés o rendimiento?*					
situación económica?					
situación de la vida/vivienda?*					
capacidad para moverse físicamente sin sentirse mareado o inestable o caída?*					
su visión en cuanto a la capacidad de hacer trabajo o pasatiempos?*					
sentido general de bienestar?					

Suma

_____ + _____ + _____ + _____ + _____
= _____

	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy Bien
medicamento? (Si no tomar, marque aquí _____ y deja el tema en blanco.)					
¿Cómo calificaría su vida total satisfacción y alegría durante la semana?					

* Si su nivel de satisfacción es muy mal, mal o regular en estas partes de su vida, por favor subrayan los factores asociados con la falta de satisfacción.



CUESTIONARIO SOBRE SU ESTADO DE ÁNIMO

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____

Instrucciones para los pacientes: Por favor, marque una opción solamente para cada una de las siguientes preguntas.

1.	Ha tenido alguna vez un período de tiempo cuando no se sentía usted misma(o) y ...	YES	NO
	... Te sentías tan bien o tan exaltado que los demás pensaban que no eras normal, o estabas tan exaltado que te causo problemas?		
	... Estás tan irritada(o) que le gritas a la gente o pelearon o empezaron discusiones?		
	... Se sentía mucho más seguro de sí mismo que de costumbre?		
	... Ha llegado hasta dormir mucho menos de lo habitual, y se ha dado cuenta que no ha necesitado el sueño?		
	... Que eran mucho más locuaz y/o habla mucho más rápido de lo normal?		
	... Pensamientos corrían por su mente y/o no pudo frenar su mente?		
	... Estás tan fácilmente distraído por las cosas a tu alrededor que tenías problemas para concentrarse o mantenerse en la tarea?		
	... Te sientes con mucha más energía de lo habitual?		
	... Te sentias mucho más activo(a) y/o hacías muchas más cosas de lo habitual?		
	... Eras mucho más social o extrovertido(a) que lo habitual - por ejemplo, llamastes a tus amigos en medio de la noche?		
	... Que estás mucho más interesado en el sexo que lo habitual?		
	... Que hacía cosas que eran inusuales para usted o que otras personas podrían pensar que eran excesivas, tontas o riesgosas?		
	... El gastar dinero Te tiene a usted o su familia en problemas?		
2.	Si marcó "SÍ" a más de una de las preguntas anteriores, ¿ha experimentado varios de estas situaciones en el mismo período de tiempo?		
3.	¿Cuántos problema te causaron alguna de estas situaciones Por ejemplo (no poder trabajar, problemas familiares, o por dinero, o problemas legales, y/o entrar en argumentos o discusiones seios y peleas graves)?		
<p>No hay problema Problema menor Problema Moderado Problema Serio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>			



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