2152 S. Vineyard Ave, Bldg. 12, Suite 138, Mesa, Arizona 85210
PHONE: (480) 967-6888; FAX (480) 967-6887

PAQUETE PARA NUEVOS PACIENTES

Datos Demográficos

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/_____ Edad: ____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Nombre de la persona responsable: _____

Relación con el paciente: ☐ Propio paciente ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Otro: _____

Raza: ☐ Caucásica ☐ Asiática ☐ Afroamericana ☐ Hispana ☐ Nativa Americana ☐Otra

Estado civil: ☐ Casado(a) ☐ Nunca casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Vive en pareja

Motivo de la visita de hoy:

_____

¿Cuánto tiempo ha tenido este problema?

_____

Califique el/los problema(s) durante el último mes (1 = menor gravedad, 10 = mayor gravedad):1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Número de Seguro Social del paciente: _____

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Dirección permanente: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____Teléfono celular: _____

Nombre del empleador: _____Teléfono del empleador: _____

Correo electrónico: _____

Nombre y teléfono del contacto de emergencia:

Nombre de la farmacia: _____ Ciudad: _____ Calles principales cercanas: _____

Nombre y teléfono del médico de atención primaria:

Nombre y teléfono del médico que lo(a) refirió:

Información de facturación: Prefiero que envíen mi reclamación a

Seguro médico primario: _____ N.º de identificación: _____

Seguro médico secundario: _____ N.º de identificación: _____

¿Tiene Medicare? ☐ Sí ☐ NO Si respondió sí, ¿cuál es su número de Medicare? _____

Antecedentes Psiquiátricos

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

Tratamiento ambulatorio: ☐ Ninguno ☐ Solo terapia ☐ Solo medicamentos ☐ Terapia/Medicamentos ☐ Otro

Psiquiatras anteriores, comenzando por el más reciente:

_____

¿Por qué recibió tratamiento?

_____

¿Actualmente tiene un terapeuta? ☐ No ☐ Sí Tiempo con su terapeuta actual: _____

Nombre del terapeuta:

_____

Teléfono:

_____

Dirección del terapeuta:

_____

Motivo por el que busca terapia:

_____

¿La terapia le ha ayudado? ☐ No mucho ☐ Un poco ☐ Algo ☐ Mucho

¿Programa de tratamiento diurno u hospitalización parcial? ☐ No ☐ Sí

Nombre del centro	Fechas/Duración del tratamiento	Motivo	Resultado

Tratamiento Hospitalario (hospitalizaciones, centros de tratamiento residencial, etc.)

Nombre del centro	Fechas/Duración del tratamiento	Motivo	Resultado

¿Ha intentado suicidarse alguna vez? ☐ Sí ☐ No

Por favor, explique:

_____

HISTORIA MÉDICA

Médico de atención primaria (PCP):

_____

Teléfono del PCP: _____ Fax: _____

Dirección del PCP:

_____

¿Se ha realizado un examen físico durante el último año? ☐ No ☐ Sí

Resultados:

_____

Medicamentos actuales: Incluya medicamentos médicos y psiquiátricos, medicamentos de venta libre, tratamientos a base de hierbas y suplementos.

Medicamento	Dosis (mg)	Indicaciones	Eficacia	Efecto ssecundarios

¿Ha habido algún cambio reciente en sus medicamentos? ☐ No ☐ Sí

Explique:

_____

Medicamentos psiquiátricos anteriores

Medicamento	Duración del tratamiento	Eficacia	Efectos secundarios

¿Tiene alergias a algún medicamento? ☐ No ☐ Sí

Nombre del medicamento y reacción:

_____

Problemas médicos actuales:

_____

Problemas médicos anteriores:

_____

Cirugías:

_____

¿Ha tenido alguna convulsión? ☐ No ☐ Sí

¿Ha sufrido alguna lesión en la cabeza? ☐ No ☐ Sí

¿La lesión en la cabeza le causó pérdida del conocimiento? ☐ No ☐ Sí

¿Cuánto tiempo estuvo inconsciente?

_____

¿Alguna vez le han realizado una resonancia magnética (MRI) o una tomografía computarizada (CAT) de la cabeza? ☐ No ☐ Sí

Fecha/Resultados:

_____

¿Alguna vez le han realizado un EEG (prueba para detectar convulsiones)? ☐ No ☐ Sí

Fecha/Resultados:

_____

¿Alguna vez le han realizado un EKG (prueba del corazón)? ☐ No ☐ Sí

Fecha/Resultados:

_____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Las siguientes preguntas se refieren únicamente a familiares biológicos, incluidos familiares extendidos. Indique antecedentes de enfermedad de la tiroides, enfermedad cardíaca, epilepsia, migrañas, diabetes, enfermedades autoinmunes (como lupus) u otras.

Familiar y detalles del diagnóstico:

_____

HISTORIA SOCIAL Y DEL DESARROLLO

Historia durante la infancia

¿Tuvo alguna enfermedad médica grave o crónica durante su infancia? ☐ No ☐ Sí

Explique:

_____

¿Tuvo problemas en la escuela, con el aprendizaje o en su desarrollo? ☐ No ☐ Sí

Explique:

_____

¿Fue adoptado(a)? ☐ No ☐ Sí

¿Estuvo en hogares de crianza o casas grupales? ☐ No ☐ Sí ¿Cuánto tiempo?

_____

¿Quién lo(a) crió?

_____

¿Falleció alguno de sus padres durante su infancia? ☐ No ☐ Sí
Si respondió sí, ¿qué edad tenía? _____
¿Cuál fue la causa de muerte de sus padres?

_____

¿Hubo problemas en su familia, como violencia doméstica, abuso de alcohol o drogas, conflictos o negligencia física/emocional, que pudieran haberle afectado? ☐ No ☐ Sí
Explique:

_____

Durante su infancia, ¿tuvo problemas para relacionarse con otras personas o hacer amigos? ☐ No ☐ Sí
Explique:

_____

¿Cómo describiría su infancia en general?

_____

¿Cómo describiría a sus padres o cuidadores?

_____

¿Cuál era la ocupación de sus padres o cuidadores?

_____

Durante su infancia, ¿experimentó alguno de los siguientes?
☐ Negligencia ☐ Abuso físico ☐ Abuso sexual ☐ Abuso verbal
Si respondió sí, ¿quién fue el responsable?

_____

¿Con qué frecuencia ocurrió el abuso?

_____

Otra información sobre el abuso que desee compartir:

_____

Como adulto, ¿ha experimentado alguna de las siguientes situaciones?
☐ Violación ☐ Abuso conyugal ☐ Trauma de combate/guerra ☐ Desastre natural ☐ Agresión
☐ Presenció un evento violento/traumático ☐ Alguien cercano cometió suicidio ☐ Otro
Explique:

_____

Historia de la Edad Adulta:

¿Cuántas veces se ha casado? _____
¿Actualmente está empleado(a)? ☐ No ☐ Sí
Si respondió sí, ocupación:

_____

¿Ha tenido dificultades para mantener un empleo? ☐ No ☐ Sí
Explique:

_____

¿Qué otros tipos de trabajo ha realizado?

_____

Enumere todas las personas que viven en su hogar:

NOMBRE:	EDAD:	RELACIÓN:

Historial Educativo:

¿Cuál es el nivel más alto de educación que completó?

_____

¿Alguna vez le diagnosticaron una discapacidad de aprendizaje? ☐ No ☐ Sí

_____

¿Alguna vez recibió servicios de educación especial? ☐ No ☐ Sí

_____

¿Tuvo problemas de hiperactividad o dificultad para concentrarse en la escuela? ☐ No ☐ Sí

En promedio, ¿qué tipo de calificaciones obtenía?

_____

Historial Legal

¿Tiene actualmente algún asunto legal pendiente, como una demanda, bancarrota, caso de custodia, cargos por delito menor o grave, o un asunto de compensación laboral? ☐ No ☐ Sí

Describa los cargos, fechas de corte y otra información relevante:

_____

¿Alguna vez ha sido arrestado(a)? ☐ No ☐ Sí
Si respondió sí, ¿cuáles fueron los cargos?

_____

¿Alguna vez ha estado encarcelado(a)? ☐ No ☐ Sí

¿Por qué motivo?

_____

¿Cuánto tiempo estuvo encarcelado(a)?

_____

HISTORIAL DE USO DE SUSTANCIAS

¿Tiene antecedentes de abuso de sustancias? ☐ No ☐ Sí
Si respondió sí, ¿qué sustancias ha usado?

_____

¿Actualmente usa drogas, alcohol o tabaco? ☐ No ☐ Sí
Si respondió sí, ¿qué usa?

_____

¿Con qué frecuencia usa drogas, alcohol o tabaco?

_____

¿Alguna vez las drogas o el alcohol han afectado su capacidad para realizar su trabajo o tareas en el hogar, han afectado sus relaciones o le han causado problemas médicos o legales? ☐ No ☐ Sí
Explique:

_____

_____

¿Alguna vez ha recibido tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias? ☐ No ☐ Sí

Terapeuta/Programa/Centro	Fechas del tratamiento	Resultado

¿Alguna vez ha recibido tratamiento hospitalario por abuso de sustancias? ☐ No ☐ Sí

Hospital	Fechas del tratamiento	Resultado

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES

Las siguientes preguntas se refieren únicamente a familiares biológicos. Indique familiares con depresión, cambios graves de humor, depresión posparto, problemas para controlar la ira, ansiedad, abuso de alcohol o drogas, problemas de aprendizaje, abuso de sustancias, trastorno bipolar o esquizofrenia.
Familiar y detalles del diagnóstico:

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

¿Algún familiar ha sido hospitalizado en un centro psiquiátrico? ☐ No ☐ Sí
Si respondió sí, ¿quién y por qué fue hospitalizado?

_____

¿Algún familiar ha intentado o cometido suicidio? ☐ No ☐ Sí
Si respondió sí, ¿quién y qué método utilizó?

_____

REVISIÓN DE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS

Marque los síntomas que haya experimentado durante el último año.

Síntomas Físicos

☐ Dificultad para conciliar o mantener el sueño
☐ Dormir demasiado
☐ Aumento/disminución del apetito
☐ Aumento/pérdida de peso
☐ Cansancio
☐ Dolores de cabeza frecuentes/dolores corporales
☐ Incontinencia intestinal/urinaria
☐ Agitación/inquietud

Síntomas Cognitivos

☐ Confusión/desorientación
☐ Disminución de la concentración
☐ Problemas de memoria
☐ Dificultad para pensar

Síntomas Psicológicos

☐ Ánimo triste/deprimido
☐ Pérdida de interés en actividades
☐ Disminución de la motivación
☐ Deseos de estar muerto(a)
☐ Pensamientos de suicidio
☐ Pensamientos de hacer daño a otras personas
☐ Ánimo irritable
☐ Cambios de humor
☐ Fobias
☐ Pensamientos repetitivos y angustiantes
☐ Períodos de ánimo elevado/hablar demasiado/comportamiento eufórico/risa incontrolable
☐ Escuchar voces
☐ Ver cosas
☐ Miedo de que alguien quiera hacerle daño
☐ Sentir que alguien lo(a) observa
☐ Miedo a estar solo(a)

☐ Preocupación excesiva
☐ Miedo de salir
☐ Deseo de estar solo(a)
☐ Pesadillas
☐ Sentirse fuera de control

Síntomas Conductuales

☐ Comportamientos compulsivos/rituales
☐ Agredir a otras personas
☐ Discutir frecuentemente
☐ Arrebatos de ira/ataques de ira
☐ Castigo físico excesivo a los niños
☐ Gritar excesivamente a los hijos o cónyuge
☐ Romper cosas
☐ Faltar frecuentemente al trabajo
☐ Llegar tarde al trabajo con frecuencia
☐ Necesidad compulsiva de mentir
☐ Robar o tomar cosas que no le pertenecen
☐ Jugar por dinero
☐ Gastos excesivos/compras excesivas
☐ Aumento del deseo sexual
☐ Aislamiento de familiares/amigos
☐ Disminución de la actividad social

EVALUACIÓN DE SALUD CONDUCTUAL

Nombre:
_____
Fecha de nacimiento: _____
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
Fecha de hoy: _____

Complete lo siguiente según cómo se siente EN ESTE MOMENTO.
A. Marque la casilla que mejor describa su perspectiva sobre el futuro:
☐ 0 Tengo una visión positiva de mi futuro
☐ 1 No estoy seguro(a) sobre mi futuro
☐ 2 No tengo nada que esperar del futuro
☐ 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza / no puede mejorar
B. Marque la casilla que mejor describa sus pensamientos sobre quitarse la vida:
☐ 0 No tengo pensamientos de suicidarme
☐ 1 Tengo pensamientos, pero no los llevaría a cabo
☐ 2 Me gustaría suicidarme
☐ 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad
C. Marque la casilla que describa mejor su consumo de drogas o alcohol durante las últimas dos semanas:
☐ 0 No he consumido
☐ 1 No he aumentado mi consumo
☐ 2 He aumentado mi consumo más días de lo habitual
☐ 3 He aumentado mi consumo todos los días

CUESTIONARIO

NOMBRE DEL PACIENTE:_____
FECHA: _____/_____/_____

Marque la casilla que **MEJOR** describa cómo se ha sentido durante los últimos 6 meses.

1. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que ha completado las partes más difíciles?

☐ NUNCA ☐ RARA VEZ ☐ A VECES ☐ CON FRECUENCIA ☐ MUY FRECUENTEMENTE

2. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para organizar las cosas cuando tiene una tarea que requiere organización?

☐ NUNCA ☐ RARA VEZ ☐ A VECES ☐ CON FRECUENCIA ☐ MUY FRECUENTEMENTE

3. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para recordar citas u obligaciones?

☐ NUNCA ☐ RARA VEZ ☐ A VECES ☐ CON FRECUENCIA ☐ MUY FRECUENTEMENTE

4. Cuando tiene una tarea que requiere mucha concentración, ¿con qué frecuencia evita o retrasa comenzar?

☐ NUNCA ☐ RARA VEZ ☐ A VECES ☐ CON FRECUENCIA ☐ MUY FRECUENTEMENTE

5. ¿Con qué frecuencia mueve o inquieta las manos o los pies cuando tiene que permanecer sentado(a) durante mucho tiempo?

☐ NUNCA ☐ RARA VEZ ☐ A VECES ☐ CON FRECUENCIA ☐ MUY FRECUENTEMENTE

6. ¿Con qué frecuencia se siente excesivamente activo(a) y con la necesidad de hacer cosas, como si estuviera impulsado(a) por un motor?

☐ NUNCA ☐ RARA VEZ ☐ A VECES ☐ CON FRECUENCIA ☐ MUY FRECUENTEMENTE

EVALUACIÓN DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Instrucciones: Marque SOLO UNA casilla para cada pregunta.

PARTE UNO

1. ¿Alguna vez ha tenido un período en el que no se sentía como de costumbre y…

…se sentía tan bien o hiperactivo(a) que otras personas pensaban que no estaba actuando como de costumbre o se metió en problemas? ☐ SÍ ☐ NO

…estaba tan irritable que les gritaba a otras personas o iniciaba peleas o discusiones? ☐ SÍ ☐ NO

…se sentía mucho más seguro(a) de sí mismo(a) de lo habitual? ☐ SÍ ☐ NO

…dormía mucho menos de lo habitual y realmente no lo necesitaba? ☐ SÍ ☐ NO

…hablaba mucho más o más rápido de lo habitual? ☐ SÍ ☐ NO

…sentía que sus pensamientos iban muy rápido o no podía detener su mente? ☐ SÍ ☐ NO

…se distraía tan fácilmente que tenía dificultad para concentrarse o mantenerse enfocado(a)? ☐ SÍ ☐ NO

…tenía mucha más energía de lo habitual? ☐ SÍ ☐ NO

…estaba mucho más activo(a) o hacía muchas más cosas de lo habitual? ☐ SÍ ☐ NO

…era mucho más sociable o extrovertido(a) de lo habitual? ☐ SÍ ☐ NO

…tenía mucho más interés en el sexo de lo habitual? ☐ SÍ ☐ NO

…hacía cosas fuera de lo común para usted que otras personas podrían haber considerado excesivas, imprudentes o arriesgadas? ☐ SÍ ☐ NO

…gastaba dinero de una manera que le causaba problemas a usted o a su familia? ☐ SÍ ☐ NO

PARTE DOS

¿Alguna vez ocurrieron varias de las situaciones que marcó SÍ durante el mismo período de tiempo? ☐ SÍ ☐ NO

PARTE TRES

¿Qué tanto problema le causaron estas situaciones?

☐ Ningún problema ☐ Problema leve ☐ Problema moderado ☐ Problema grave

Hable con su médico sobre los resultados de este cuestionario.

CUESTIONARIO DE SÍ / NO

Marque una sola respuesta para cada oración.

1. ☐ Sí ☐ No — Tengo dificultad para tomar decisiones.
2. ☐ Sí ☐ No — Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no salen como quiero.
3. ☐ Sí ☐ No — Parece que otras personas hacen las cosas con más facilidad que yo.
4. ☐ Sí ☐ No — Me agradan todas las personas que conozco.
5. ☐ Sí ☐ No — Con frecuencia tengo dificultad para respirar.
6. ☐ Sí ☐ No — Me preocupo gran parte del tiempo.
7. ☐ Sí ☐ No — Tengo miedo de muchas cosas.
8. ☐ Sí ☐ No — Siempre soy amable.
9. ☐ Sí ☐ No — Me enojo fácilmente.
10. ☐ Sí ☐ No — Me preocupa lo que mis padres me van a decir.
11. ☐ Sí ☐ No — Siento que a los demás no les gusta la forma en que hago las cosas.
12. ☐ Sí ☐ No — Siempre tengo buenos modales.
13. ☐ Sí ☐ No — Me cuesta conciliar el sueño por la noche.
14. ☐ Sí ☐ No — Me preocupa lo que otras personas piensan de mí.
15. ☐ Sí ☐ No — Me siento solo(a) incluso cuando hay personas conmigo.
16. ☐ Sí ☐ No — Siempre me porto bien.
17. ☐ Sí ☐ No — Con frecuencia siento malestar en el estómago.
18. ☐ Sí ☐ No — Mis sentimientos se lastiman fácilmente.
19. ☐ Sí ☐ No — Siento las manos sudorosas.
20. ☐ Sí ☐ No — Siempre soy amable con todos.
21. ☐ Sí ☐ No — Me siento cansado(a) con frecuencia.
22. ☐ Sí ☐ No — Me preocupa lo que va a pasar.
23. ☐ Sí ☐ No — Otras personas son más felices que yo.
24. ☐ Sí ☐ No — Digo la verdad siempre.
25. ☐ Sí ☐ No — Tengo pesadillas.
26. ☐ Sí ☐ No — Mis sentimientos se lastiman fácilmente cuando me regañan.
27. ☐ Sí ☐ No — Siento que alguien me dirá que hago las cosas de manera incorrecta.
28. ☐ Sí ☐ No — Nunca me enojo.
29. ☐ Sí ☐ No — Algunas veces me despierto asustado(a).
30. ☐ Sí ☐ No — Me preocupo cuando me acuesto por la noche.

31. ☐ Sí ☐ No — Me cuesta concentrarme en mis tareas escolares.
32. ☐ Sí ☐ No — Nunca digo cosas que no debería decir.
33. ☐ Sí ☐ No — Me muevo mucho cuando estoy sentado(a).
34. ☐ Sí ☐ No — Estoy nervioso(a).
35. ☐ Sí ☐ No — Muchas personas están en mi contra.
36. ☐ Sí ☐ No — Nunca miento.
37. ☐ Sí ☐ No — Con frecuencia me preocupa que algo malo me pueda pasar.

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK
EVALUACIÓN

INSTRUCCIONES:

Para cada pregunta, encierre en un círculo el número de la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido durante los últimos siete días.

Asegúrese de seleccionar una respuesta para cada pregunta (1-21). Si más de una respuesta describe cómo se ha sentido durante los últimos siete días, seleccione la respuesta con el número más alto.

NOMBRE DEL PACIENTE:

_____

FECHA:

_____

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

1.

☐ 0 No me siento triste.

☐ 1 Me siento triste.

☐ 2 Estoy triste todo el tiempo y no puedo dejar de estarlo.

☐ 3 Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

2.

☐ 0 No me siento especialmente desanimado(a) respecto al futuro.

☐ 1 Me siento desanimado(a) respecto al futuro.

☐ 2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro.

☐ 3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3.

☐ 0 No me siento como un fracaso.

☐ 1 Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas.

☐ 2 Al mirar mi vida, solo veo muchos fracasos.

☐ 3 Siento que soy un completo fracaso como persona.

4.

☐ 0 Obtengo la misma satisfacción de las cosas que antes.

☐ 1 Ya no disfruto las cosas como antes.

☐ 2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.

☐ 3 Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.

5.

☐ 0 No me siento especialmente culpable.

☐ 1 Me siento culpable gran parte del tiempo.

☐ 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

☐ 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6.

☐ 0 No siento que esté siendo castigado(a).

☐ 1 Siento que podría ser castigado(a).

☐ 2 Espero ser castigado(a).

☐ 3 Siento que estoy siendo castigado(a).

7.

☐ 0 No estoy decepcionado(a) de mí mismo(a).

☐ 1 Estoy decepcionado(a) de mí mismo(a).

☐ 2 Me desagrado a mí mismo(a).

☐ 3 Me odio.

8.

☐ 0 No siento que sea peor que los demás.

☐ 1 Soy crítico(a) conmigo mismo(a) por mis debilidades o errores.

☐ 2 Me culpo todo el tiempo por mis errores.

☐ 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.

☐ 0 No tengo pensamientos de suicidarme.

☐ 1 Tengo pensamientos de suicidarme, pero no los llevaría a cabo.

☐ 2 Me gustaría suicidarme.

☐ 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

10.

☐ 0 No lloro más de lo habitual.

☐ 1 Ahora lloro más que antes.

☐ 2 Ahora lloro todo el tiempo.

☐ 3 Antes podía llorar, pero ahora no puedo hacerlo aunque quiera.

11.

☐ 0 No estoy más irritable por las cosas de lo que solía estar.

☐ 1 Ahora estoy un poco más irritable de lo habitual.

☐ 2 Estoy bastante molesto(a) o irritable gran parte del tiempo.

☐ 3 Me siento irritable todo el tiempo.

12.

☐ 0 No he perdido el interés en otras personas.

☐ 1 Tengo menos interés en otras personas que antes.

☐ 2 He perdido gran parte de mi interés en otras personas.

☐ 3 He perdido por completo mi interés en otras personas.

13.

☐ 0 Tomo decisiones tan bien como siempre.

☐ 1 Posponer tomar decisiones más de lo que solía hacerlo.

☐ 2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.

☐ 3 Ya no puedo tomar decisiones.

14.

☐ 0 No siento que mi apariencia haya empeorado.

☐ 1 Me preocupa que esté envejeciendo o que sea menos atractivo(a).

☐ 2 Siento que mi apariencia ha cambiado permanentemente y me hace ver poco atractivo(a).

☐ 3 Creo que me veo feo(a).

15.

☐ 0 Puedo trabajar tan bien como antes.

☐ 1 Necesito hacer un esfuerzo adicional para comenzar una actividad.

☐ 2 Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.

☐ 3 No puedo trabajar en absoluto.

16.

☐ 0 Puedo dormir tan bien como de costumbre.

☐ 1 No duermo tan bien como antes.

☐ 2 Me despierto 1 o 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormir.

☐ 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormir.

17.

☐ 0 No me canso más de lo habitual.

☐ 1 Me canso más fácilmente que antes.

☐ 2 Me canso al hacer casi cualquier cosa.

☐ 3 Estoy demasiado cansado(a) para hacer cualquier cosa.

18.

☐ 0 Mi apetito no ha cambiado.

☐ 1 Mi apetito no es tan bueno como antes.

☐ 2 Mi apetito ha empeorado mucho.

☐ 3 Ya no tengo apetito.

19.

☐ 0 No he perdido mucho peso últimamente, si es que he perdido alguno.

☐ 1 He perdido más de cinco libras.

☐ 2 He perdido más de diez libras.

☐ 3 He perdido más de quince libras.

20.

☐ 0 No estoy más preocupado(a) por mi salud de lo habitual.

☐ 1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores, molestias, malestar estomacal o estreñimiento.

☐ 2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me cuesta pensar en otra cosa.

☐ 3 Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21.

☐ 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

☐ 1 Tengo menos interés en el sexo que antes.

☐ 2 Casi no tengo interés en el sexo.

☐ 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Puntuación total: _____ Nivel de depresión: _____

1-10: Estos cambios de ánimo se consideran normales

11-16: Alteración leve del estado de ánimo

17-20: Depresión clínica límite

21-30: Depresión moderada

31-40: Depresión grave

Más de 40: Depresión extremo

Arizona Psychiatry and Neuroscience Institute

2152 S. Vineyard Bldg. 12, Suite 138 Mesa, Arizona 85210
Phone: (480) 967-6888; FAX (480) 967-6887

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/_____/_____

Usted entiende que el tratamiento psiquiátrico puede incluir una evaluación psiquiátrica, diagnóstico, manejo de medicamentos, psicoterapia y otros servicios de salud mental, según corresponda clínicamente.

Usted tiene derecho a rechazar los servicios en cualquier momento. Tiene derecho a hablar con su médico sobre el plan de tratamiento, incluyendo el propósito, los posibles riesgos y los beneficios de cualquier medicamento o prueba que se le indique.
Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que haga preguntas.

Al firmar a continuación, usted confirma que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y que acepta voluntariamente recibir tratamiento psiquiátrico.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____/_____/_____

Aviso de Prácticas de Privacidad para la Información Médica Protegida

Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder a ella. Le recomendamos leerlo detenidamente.

De conformidad con la ley federal conocida como la **Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA)**, Arizona Psychiatry and Neuroscience Institute ha establecido políticas y procedimientos de privacidad relacionados con la información médica protegida de nuestros pacientes. La información médica protegida es aquella relacionada con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura, o con el pago de dicha atención, que pueda identificarlo personalmente. HIPAA exige que los proveedores mantengan la privacidad de la información médica protegida, proporcionen un aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad, y cumplan con los términos del aviso de privacidad vigente.

Si tiene preguntas sobre nuestras prácticas de privacidad o sobre la información contenida en este Aviso, o desea presentar una queja relacionada con nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con:

Arizona Psychiatry and Neuroscience Institute
2152 S. Vineyard Ave, Bldg. 12, Suite 138
Mesa, Arizona 85210
Teléfono: (480) 967-6888
Fax: (480) 967-6887

Proporcionaremos una copia de este Aviso a cualquier persona que la solicite, sea o no paciente actual. Todos los pacientes recibirán una copia al momento de su primer servicio después de la fecha de vigencia indicada anteriormente. Este Aviso estará disponible en nuestra oficina.

Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso y hacer que las nuevas disposiciones sean aplicables a toda la información médica protegida que mantenemos. Si realizamos cambios importantes en los usos o divulgaciones de la información médica protegida, los derechos de las personas, nuestras obligaciones legales u otras prácticas de privacidad, revisaremos este Aviso. La versión revisada estará disponible en nuestra oficina y se proporcionará a quien solicite una copia.

Sus Derechos como Paciente

Con respecto a su información médica protegida, usted (o su representante personal con autorización legal) tiene derecho a:

1. Obtener una copia de este Aviso previa solicitud.
2. Revocar sus consentimientos o autorizaciones.
3. Revisar y obtener una copia de su información médica utilizada para tomar decisiones sobre su atención.
4. Apelar decisiones relacionadas con la denegación de acceso a sus registros.
5. Solicitar modificaciones a sus registros médicos.
6. Apelar decisiones relacionadas con la denegación de modificaciones a sus registros.
7. Solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones.
8. Solicitar comunicaciones confidenciales por medios o en lugares alternativos.
9. Obtener un registro de las divulgaciones de su información médica.
10. Presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si considera que se ha violado su privacidad conforme a HIPAA, sin temor a represalias, coerción o intimidación.

Reconocimiento de Recibo de este Aviso de Prácticas de Privacidad

Haremos un esfuerzo de buena fe para proporcionarle una copia de este Aviso y obtener un reconocimiento escrito

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

POLÍTICA DE PAGOS DEL PACIENTE

Seguro Médico: Participamos en la mayoría de los planes de seguro. Como cortesía, facturamos directamente a su compañía de seguros. Aunque podemos estimar cuánto pagará su seguro, la compañía de seguros determina su elegibilidad y cobertura final. Tenga en cuenta que usted es responsable de cualquier saldo pendiente, independientemente de si su seguro paga la reclamación. Todos los copagos y deducibles deben pagarse al momento de recibir los servicios. Este acuerdo forma parte de su contrato con su compañía de seguros. No cobrar los copagos y deducibles correspondientes puede considerarse fraude de seguros.

Pago Privado / Sin Seguro: El pago deberá realizarse al momento de recibir los servicios. Aceptamos pagos en efectivo, con tarjeta de débito o tarjeta de crédito.

Medicare: Debido a que aceptamos la asignación de Medicare, debemos presentar su reclamación directamente a Medicare. Si tiene únicamente Medicare, usted es responsable del 20%, que debe pagarse al momento de recibir los servicios. La ley federal exige que facturemos al paciente los deducibles y/o el coseguro del 20%. Según las normas de Medicare, no podemos condonar ni eliminar estos cargos. Si desea que facturemos a su seguro secundario, proporcione toda la información necesaria antes de su visita.

Referencias: Si tiene un plan HMO con el que estamos contratados, necesita una autorización de su médico de atención primaria. Si no la recibimos antes de su llegada, podrá comunicarse con su médico desde nuestra oficina para obtenerla. Si no puede obtenerla, su cita será reprogramada. Si mantiene la cita sin una referencia, será responsable del costo total, deberá pagarlo ese día y firmar un formulario de responsabilidad.

Compensación Laboral: Requerimos autorización por escrito de su empleador y/o compañía de compensación laboral antes de su primera visita. Si su reclamación es denegada, usted será responsable del pago total.

Falta de pago: Si su cuenta está vencida, recibirá una carta indicando que tiene 30 días para pagarla en su totalidad. Si permanece sin pagar, podemos enviarla a una agencia de cobros, con un cargo adicional del 35%. No podrá recibir servicios hasta pagar el saldo completo, y las futuras visitas deberán pagarse por adelantado.

Cheques regresados: Se aplicará un cargo de $25.00 por cualquier cheque devuelto por el banco.

Citas perdidas: Se requiere un aviso de 24 horas para cancelar o cambiar una cita, incluyendo las citas de TMS, para evitar un cargo de $25. Si una emergencia le impide asistir, comuníquese con nuestra oficina lo antes posible para reprogramar. Si falta a 3 citas consecutivas, podremos dar por terminada su atención en nuestra práctica.

Llegada Tarde: Si llegará 15 minutos tarde, llame a nuestra oficina para informarnos. El médico decidirá, según su horario, si puede atenderlo.

Copias de Expedientes Médicos: Las solicitudes deben realizarse por escrito. Podemos enviar sus expedientes por correo electrónico o un fax seguro sin costo. Las copias impresas tienen un costo de $1.00 por página y el envío por correo tiene un cargo adicional de $5.00.

Nombre del paciente: _____Firma: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA NO COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____

I hereby authorize: FARIBA PFITZNER, M.D.
and:

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Fax: _____

Autorización para el Intercambio de Información Confidencial

Para intercambiar información sobre los registros del paciente mencionado anteriormente según lo consideren apropiado para optimizar su atención.

Autorización para la Divulgación de Información Confidencial

Para divulgar la siguiente información:

☐ Evaluación ☐ Pruebas psicológicas ☐ Registros médicos/Resumen ☐ Registros escolares ☐ Estudios de laboratorio ☐ Estudios diagnósticos ☐ Resumen del alta

☐ Otra información pertinente

Entiendo que este consentimiento puede ser retirado por mí en cualquier momento mediante notificación por escrito, excepto en el caso de información que ya haya sido divulgada conforme a este acuerdo. También entiendo que esta información no puede volver a divulgarse a un tercero sin un consentimiento específico.

Firma del paciente/ representante legal: _____
Fecha: _____