



La Mente

BEHAVIORAL HEALTH

6600 Montana Ave., Ste. P · El Paso, Texas 79925
1030 N. Zaragoza Rd. Ste., Y · El Paso, Texas 79907

FORMULARIO DEMOGRAFICO

FECHA: ___ / ___ / ___

Si es menor, Nombre del guardián: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SSN: _____ - _____ - _____ HOMBRE MUJER OTRO

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

RAZA: _____ ORIGEN: _____ LENGUAGE PREFERIDO: _____

TELÉFONO: (____) _____ TELEFONO ALTERNATIVO: (____) _____ EMAIL: _____

¿Podemos dejarle mensajes en su sistema de contestador con respecto a recordatorios de citas y/o servicios que puedan interesarle? SI NO

ESTADO CIVIL: CASADO/A SOLTERO/A SEPARADO/DIVORCIADO/A VIUDO/A

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACION: _____ TELEFONO: (____) _____

FUENTE DE RECOMENDACION: _____ MEDICO PRIMARIO: _____

FARMACIA PREFERIDA: _____ TELEFONO: (____) _____

El Representante Legal Autorizado (LAR) es una persona autorizada por ley para actuar en nombre de una persona que incluye, padre, tutor o tutor.

¿TIENE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO LEGAL (LAR) ASIGNADO? SÍ NO

NOMBRE: _____ TELEFONO: (____) _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

SEGURO PRIMARIO:

NOMBRE DEL SEGURO: _____ NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

RELACION: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NUMERO DE POLIZA: _____ ID DE GRUPO (SI CORRESPONDE) _____

NÚMERO DE AUTORIZACION: _____

SEGURO SEGUNDO:

NOMBRE DEL SEGURO: _____ NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

RELACION: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SSN: _____ - _____ - _____

NUMERO DE POLIZA: _____ ID DE GRUPO (SI CORRESPONDE) _____

NÚMERO DE AUTORIZACION: _____

COPIA DE LA TARJETA DE SEGURO NECESARIA



La Mente
BEHAVIORAL HEALTH

6600 Montana Ave., Ste. P · El Paso, Texas 79925
1030 N. Zaragoza Rd., Ste. Y · El Paso, Texas 79907

HISTORIA MEDICA

FECHA: ____/____/____

Nombre del paciente: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

1. **Historia médica:** _____
2. **¿El paciente ha tenido alguna cirugía? Qué tipo y fecha:** _____

3. **El paciente ha tenido alguna hospitalización psiquiátrica y si es así por favor enumere las fechas y el nombre o los nombres del hospital:** _____
4. **¿Fuma el paciente/vape/dip? ¿Cuántas veces al día?** _____
5. **¿Tiene alergias a algún medicamento o alimento?**

6. **¿El paciente bebe alcohol? Si la respuesta es sí, ¿cuántas bebidas al día?** _____
7. **¿Tiene el paciente un historial de abuso de sustancias?** _____
8. **¿Ha tenido el paciente algún accidente o lesión que debamos tener en cuenta?**

9. **Enumere los medicamentos actuales:** _____

Firma del paciente/guardián: _____ **Fecha:** ____/____/____



La Mente BEHAVIORAL HEALTH

6600 Montana Ave., Ste. P · El Paso, Texas 79925
1030 N. Zaragoza Rd., Ste. Y · El Paso, Texas 79907

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD FORMULARIO DE ACUSE DE CUENTA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) exige que proporcione confidencialidad para todos los registros médicos y de salud mental y otra información de salud identificable. Las regulaciones de privacidad de HIPAA requieren, o los proveedores y organizaciones de atención médica, así como sus socios comerciales, para desarrollar y seguir procedimientos que garanticen la confidencialidad y seguridad de la información médica protegida (PHI) cuando se transfiere, recibe, maneja, o comparte. Esto se aplica a todas las formas de PHI, incluyendo por escrito, verbal y electrónico, etc. Además, sólo se utilizará o compartirá la información mínima necesaria para llevar a cabo negocios. La explicación de cómo **La Mente Behavioral Health LLC** maneja su (PHI) se encuentra en el Aviso de las Prácticas de Privacidad (NPP). Por favor, reconozca a continuación su recibo y comprensión de la NPP:

Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito firmado por usted en cualquier momento. La divulgación completa cesará: sin embargo, dicha revocación no es retroactiva.

(Por favor, inicial a continuación)

Yo reconozco que he leído y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad, que explica cómo se utiliza y divulga mi información médica protegida.

Yo reconozco que puedo recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento a petición.

Yo reconozco que puedo acceder a mi historial médico bajo petición, con excepción de las notas de psicoterapia, que están separadas de los registros médicos.

Yo reconozco que puedo cambiar de opinión sobre cómo quiero que **La Mente Behavioral Health** use o comparta mi información que no sea la que se describe aquí. Si cambio de opinión, se lo haré saber a La Mente por escrito.

Yo reconozco que **La Mente Behavioral Health** no puede divulgar mi información de salud que no sea la especificada en el aviso.

Yo reconozco que **La Mente Behavioral Health** se reserva el derecho de cambiar los términos del aviso en cualquier momento.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida (PHI) y el uso potencialmente anónimo que yo pública. Usted entiende que la PHI puede ser utilizada y divulgada para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. **La Mente Behavioral Health** se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.

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

Firma de paciente/guardián: _____



6600 Montana Ave., Ste. P · El Paso, Texas 79925
1030 N. Zaragoza Rd., Ste. Y · El Paso, Texas 79907

COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN

Coordinación Médica de La Atención y Liberación del Registro de Salud:

Para coordinarse con su médico de atención primaria (PCP) o proveedor de atención médica, es necesario que **La Mente Behavioral Health LLC** solicite su permiso para discutir cualquier orden de historia clínica, enfermedad, lesión, plan de tratamiento o diagnóstico, etc. de su proveedor médico actual o pasado.

Usted tiene el derecho de rechazar el consentimiento. No afectará su tratamiento, beneficios de Medicaid o pago.

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

Por favor, escriba sus iniciales a continuación:

____ Autorizo a **La Mente Behavioral Health LLC**, a coordinar y solicitar información como; (marque los que correspondan)
____ Historial Médico ____ Ordenes del Doctor ____ Diagnostico ____ Laboratorios ____ Otros ____

Nombre del Proveedor: _____

Dirección: _____ teléfono: _____ Fax: _____

Correo:

La Mente Behavioral Health LLC

6600 Montana Ave. Ste. P. El Paso, Texas 79925

1030 N. Zaragoza Rd. Ste. Y. El Paso, Texas 79907

Fax seguro: (915) 233-3053

Correo electrónico seguro: info@lamentehealth.com

____ NO autorizo a **La Mente Behavioral Health** a obtener/coordinar /discutir mi información médica pasada o presente con ningún proveedor interno o externo.

Firma del paciente /guardián: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del Paciente: _____ Firma del testigo/personal: _____



6600 Montana Ave., Ste. P · El Paso, Texas 79925
1030 N. Zaragoza Rd., Ste. Y · El Paso, Texas 79907

CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO

AL PACIENTE: Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y la recomendación médica o procedimiento de diagnóstico a utilizar, para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer el riesgo y los peligros involucrados. En este momento de su cuidado, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este consentimiento es para simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento adecuado y / o medicación para cualquier condición identificada.

Nombre del paciente: _____

Fecha: ____/____/____

El consentimiento permanecerá en pleno efecto hasta que se revoque por escrito. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento y suspender los servicios en cualquier momento. Usted tiene el derecho de discutir el plan de tratamiento con su médico o proveedor, con respecto al propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba ordenada para usted. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su médico o proveedor, le recomendamos que haga preguntas.

Este consentimiento proporciona a La Mente Behavioral Health su permiso para realizar exámenes médicos razonables y necesarios, evaluaciones de salud mental, pruebas y tratamiento. Al firmar a continuación, usted es una indicación de que:

- (1) Usted tiene la intención de que este consentimiento continúe en la naturaleza, incluso después de que se haya hecho un diagnóstico específico y se recomiende el tratamiento.
- (2) Usted acepta el tratamiento en esta oficina, en persona or telesalud, o en cualquier otra oficina satelital bajo propiedad común.

(Por favor, indique con iniciales)

_____ Yo solicito voluntariamente a un médico, y / o proveedor de nivel medio (Enfermero Practicante, Asistente Medico, Enfermero Especialista Clínico), otros proveedores de atención médica o los designados según se considere necesario, para realizar un examen médico razonable y necesario, pruebas y tratamiento para la condición que me ha llevado a buscar atención en esta práctica.

_____ Yo entiendo que, si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de la prueba o procedimientos recomendados.

_____ Yo certifico que he leído y entiendo plenamente las declaraciones y el consentimiento anteriores es total y voluntariamente a su contenido.

Firma del paciente /guardián: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre impreso de paciente/guardián: _____ Relación: ____/____/____

Personal/Testigo: _____ Fecha: ____/____/____



La Mente BEHAVIORAL HEALTH

6600 Montana Ave., Ste. P · El Paso, Texas 79925
1030 N. Zaragoza Rd., Ste. Y · El Paso, Texas 79907

FORMULARIO DE ACUERDO DE PACIENTE

Gracias por seleccionar La Mente Behavioral Health. Con el fin de facilitar su tratamiento, le pedimos que lea y firme este acuerdo y autorización.

- Si necesita cancelar su cita, le solicitamos un aviso las 24 horas.
- Usted acepta ser responsable del pago de todas las tarifas en su totalidad en el momento de su cita, incluidos los copagos.

ACUERDO FINANCIERO

Su compañía de seguros requiere que se pague un Copago/Co-seguro cuando usted busca ciertos servicios médicos. A su vez, estamos obligados contractualmente a cobrar cualquier deducible, copago o co-seguro de nuestros pacientes.

Reconozco que mi compañía de seguros y yo tenemos un acuerdo y soy responsable del pago de cualquier copago, co-seguro o deducible por los servicios que me han proporcionado, a mi o mi dependiente.

Prometo y atestiguo que pagaré el deducible, copago o co-seguro requerido a La Mente Behavioral Health dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la recepción de una factura. Los estados de cuenta de los pacientes se envían por correo cuando se recibe una explicación de los beneficios de su compañía de seguros.

Firma del Paciente/Guardián

Fecha



La Mente BEHAVIORAL HEALTH

6600 Montana Ave., Ste. P · El Paso, Texas 79925
1030 N. Zaragoza Rd., Ste. Y · El Paso, Texas 79907

DERECHOS DEL PACIENTE

Estimado Paciente,

Esto es para informarle de sus derechos y cómo acceder a sus registros con La Mente Behavioral Health. Este aviso contiene la sección de derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted está comprobando por su firma, que ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

- Usted tiene derecho a presentar una queja (folleto de los derechos del cliente disponible en la recepción)
- Usted tiene derecho a Responsabilidades Individuales.
- Usted tiene derecho a sus registros de casos a petición
- Usted tiene derecho a ser notificado e informado cuando se realicen cambios en el programa
- Tienes derecho a ser tratado con dignidad y respeto
- Usted y su familia tienen derecho a recibir información/educación en el idioma de su elección.
- Usted tiene derecho a nombrar a un pariente o sustituto cuando esté incapacitado para solicitar una directiva anticipada.
- Usted tiene derecho a designar a un pariente o sustituto para entregar y ejecutar su directiva anticipada establecida. Cumpliremos.
- Usted tiene el derecho de restringir la forma en que usamos la divulgación de su información médica protegida. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero la respetaremos.

Entiendo que puedo solicitar una revisión de los servicios si estoy insatisfecho, tengo alguna inquietud o encontrado ilegible para los servicios.

El proceso para hacer esto me ha sido explicado de la siguiente manera:

1. Para solicitar una revisión de mis inquietudes o la decisión de modificar los servicios, puedo ponerme en contacto con el Defensor de derechos de los clientes de cualquier otro personal de La Mente verbalmente, o por escrito.
2. Puedo dar su consentimiento al que elijo estar conmigo durante una revisión o preguntar sobre cambios.
3. Tendré la oportunidad de expresar mis inquietudes en persona, por escrito, por teléfono o hacer que un representante hable con los revisores en mi nombre.

Natasha Rivera, Defensora del Derecho del Cliente
6600 Montana Ste. P

Departamento de Servicios de Envejecimiento y Discapacidad
(DADS) Derechos y Servicios al Consumidor

El Paso, Texas 79925
Teléfono: 915.201.0199

1-800-458-9858

Para abuso, negligencia o explotación

Derechos de Discapacidad Texas

Contacto: Departamento de Familia y Protección

1-800-948-1824 (MHID)

Firma del paciente/guardián: _____

Fecha: _____



6600 Montana Ave., Ste. P · El Paso, Texas 79925
1030 N. Zaragoza Rd., Ste. Y · El Paso, Texas 79907

Póliza De Inasistencia/Cancelación De Cita

La Mente Behavioral Health agenda citas para que pacientes reciban el tiempo adecuado para acudir a su cita y ser visto por sus proveedores y el personal. Por eso es importante que conserve su cita agendada con nosotros y llegue a tiempo

Como cortesía y para ayudar a pacientes recordar sus citas agendadas, La Mente Behavioral Health manda un mensaje de texto y llama para recordar al paciente de la cita que esta agendada.

Si su horario a cambiado y no puede atender su cita, por favor contactarse con nosotros para re-agendar su cita y acomodar pacientes que están esperando una cita. Como cortesía de la oficina y al igual que los pacientes que están esperando agendar con nuestros proveedores, por favor de avisarnos 24 horas antes de su cita.

Si no cancela or re-agenda su cita antes de las 24 horas, se le hará un cargo de “inasistencia” a su cuenta de \$50.00.

Este cobro de inasistencia no será reembolsable por su aseguranza.

Se le cobrara directamente a usted. Despues de 3 inasistencias consecutivas, nuestra oficina tiene el derecho decidir terminar servicios con ustedes. Con su firma, usted esta reconociendo y entendiendo la póliza de inasistencia de La Mente Behavioral Health.

Gracias por su comprensión.

La Mente Behavioral Health LLC.

Nombre de Paciete: _____

Firma del Paciente/Guardián: _____

FECHA: _____



6600 Montana Ave., Ste. P · El Paso, Texas 79925
1030 N. Zaragoza Rd., Ste. Y · El Paso, Texas 79907

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA PRUEBAS DE LABORATORIO

Yo, _____ reconozco y consiento lo siguiente:

1. En relación con mi tratamiento con La Mente Behavioral Health, LLC, los proveedores de La Mente pueden solicitar pruebas de laboratorio que requieran la extracción o el suministro de fluidos corporales, como sangre u orina. El personal calificado de La Mente puede extraer o recolectar muestras de dichos fluidos corporales.
2. Quest Diagnostics realiza las pruebas de laboratorio reales de las muestras proporcionadas. Para facilitar las pruebas, La Mente debe proporcionar las muestras, así como información de identificación del paciente sobre mí, a Quest Diagnostics.
3. Servicio de laboratorio La Mente no manda ningún cargo de factura. Quest Diagnostics manda cargo de factura por sus servicios, es decir, las pruebas de laboratorio. Quest Diagnostics también conserva los resultados de las pruebas de laboratorio y los comparte con La Mente una vez que están disponibles.
4. Con mi firma, a continuación, doy mi consentimiento para que La Mente extraiga o recolecte muestras de fluidos corporales, según lo ordenado por mi proveedor. Doy mi consentimiento para que La Mente entregue esas muestras y la información de identificación del paciente a Quest Diagnostics, que realiza las pruebas de laboratorio, doy mi consentimiento para que Quest Diagnostics me mande cargo de factura por dichas pruebas y doy mi consentimiento para que Quest Diagnostics entregue los resultados de las pruebas a La Mente en relación con el tratamiento que recibo.

Nombre del paciente: _____

Firma de padre/ guardián: _____

Fecha: ____/____/____



Autorización para la Divulgación, Uso, Recibo de Información de Salud Protegida

6600 Montana Ave., Ste. P · El Paso, Texas 79925
1030 N. Zaragoza Rd., Ste. Y · El Paso, Texas 79907
Phone: 915-201-0199
Fax: 915-233-3053

Usted tiene derecho a negarse a firmar esta autorización. La-Mente Behavioral Health no retendra el tratamiento, beneficios de Medicaid, o procesamiento de pagos si se niega a firmar esta autorización. Recibirá una copia de esta autorización firmada.

Individuo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____
Fechas de Servicio: _____

Yo Autorizo al personal designado en La Mente Behavioral Health para divulgar/usar/recibir la siguiente información médica protegida sobre mí:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Planes de Tratamiento | <input type="checkbox"/> Notas de Psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Examen Físico | <input type="checkbox"/> Instrucciones de Referencia | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso del Doctor | <input type="checkbox"/> Notas de Servicio Social |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Ordenes del Doctor | <input type="checkbox"/> Notas de enfermera | <input type="checkbox"/> Otros (Especifica) |
| <input type="checkbox"/> Copia de registro Completo | <input type="checkbox"/> Instrucciones de alta | <input type="checkbox"/> Reconciliación de medicamentos | <input type="checkbox"/> Otros (Especifica) |

El personal designado puede divulgar a/recibe de: _____

(Nombre de la persona, organización o instalación)

Dirección: _____

Telefono: _____ Fax#: _____

La divulgación tiene el siguiente propósito:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Para coordinar mi planificación / colocación de alta | <input type="checkbox"/> Ayudaren fondos adicionales |
| <input type="checkbox"/> A petición mía | |
| <input type="checkbox"/> Para hablar con mi familia sobre el cuidado y el tratamiento que recibo | |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifica) | |

*Mediante la firma a continuación, autorizo a La Mente Behavioral Health a divulgar y obtener información con respeto a cualquier condición física, psiquiátrica o relacionada con drogas / alcohol, incluido el tratamiento de Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y / o pruebas de HIV obtenidas durante el curso del diagnóstico y / o tratamiento a / de los individuos o proveedores de atención médica indicados abajo

el tipo de información la divulgación autorizada incluye, pero puede limitarse a, lo que se indica abajo.

Nota: Si usted autoriza la divulgación de información, entonces, a excepción de la información relacionada con el tratamiento de abuso de alcohol o drogas, existe la posibilidad de que la información descrita en la autorización sea divulgada de nuevo por destinatario. Si la información se vuelve a divulgar, entonces ya no está protegida por la leyes de privacidad médica.

Nota: Siesta firmando como padre/tutor/administrador de un menor o como tutor de la persona de un adulto, la información divulgada/utilizada/recibida puede contener referencias sobre usted y su familia. Usted tiene el derecho de revocar esta autorización debe entregar una declaración escrita, firmada por usted, a la organización de la instalación donde dio su autorización (identificado anteriormente), que proporciona la fecha y propósito de esta autorización y su intención de revocarla. Su revocación será efectiva en la fecha en que sea recibida por la organización/instalación, excepto en la medida en que la organización/instalación ya haya dependido de su autorización para usar o divulgar su información de salud como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Una Autorización sigue siendo válida, a menos que sea efectivamente revocada por escrito por el individuo.

Firma de los padres/ Firma del paciente

Fecha

Firma del representante, si alguna

Relación del representante con el individuo

Fecha

A partir de la fecha especificada
Deseo revocar esta autorización

Firma del Individuo

Fecha

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "□" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +

=Total Score:

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

GAD-7

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?

Nunca

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)

1. Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3
6. Molestarse o ponerse irritable fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)

PCL-5

Instrucciones: A continuación hay una lista de problemas que a veces tienen las personas en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, lea cada problema cuidadosamente y luego circule uno de los números a la derecha para indicar cuánto le molestó ese problema durante el pasado mes.

Durante el pasado mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1. recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. sueños repetidos y perturbadores sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (<i>como si estuviera reviviéndola</i>)?	0	1	2	3	4
4. sentirse muy angustiado cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. tener reacciones físicas intensas cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante (<i>por ejemplo, latidos cardiacos muy fuertes, problemas para respirar, sudoración</i>)?	0	1	2	3	4
6. evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. evitar claves o recordatorios externos de la experiencia estresante (<i>por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones</i>)?	0	1	2	3	4
8. dificultad para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. tener creencias negativas fuertes acerca de sí mismo, de otras personas o del mundo (<i>por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo, hay algo en mí que está muy mal, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso</i>)?	0	1	2	3	4
10. culparse a sí mismo o a otros por la experiencia estresante, o por lo que sucedió después de ésta?	0	1	2	3	4
11. tener sentimientos negativos intensos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. sentirse distante o enajenado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. dificultad para sentir emociones positivas (<i>por ejemplo, ser incapaz de sentir alegría o sentimientos de amor por las personas cercanas a usted</i>)?	0	1	2	3	4
15. irritabilidad, explosiones de rabia o actuar agresivamente?	0	1	2	3	4
16. tomar demasiados riesgos o hacer cosas que pudieron haberle causado daño?	0	1	2	3	4
17. estar "extremadamente alerta", o vigilante, o en guardia?	0	1	2	3	4
18. sentirse muy nervioso o sobresaltarse fácilmente?	0	1	2	3	4
19. tener dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. tener dificultad para dormirse o mantener el sueño?	0	1	2	3	4



Cuestionario de evaluación del paciente

Este cuestionario es para ayudar a su médico a aprender sobre usted y su historial médico neurológico hasta el diagnóstico, y para decidir sobre el tratamiento específico y planificar su atención.

Nombre del paciente (Imprima): _____ Fecha de nacimiento: _____

1. ¿Tiene algún historial de convulsiones o sospechas de convulsiones en el pasado? Si No
2. ¿Alguna vez te has desmayado? Si No
3. ¿Tienes algún síntoma neurológico sin una razón o causa clara? Si No
4. ¿Alguna vez has tenido un derrame cerebral en el pasado? Si No
5. ¿Alguna vez te han diagnosticado un ritmo cardiaco anormal que te hace sentir que te vas a desmayar? Si No
6. ¿Alguna vez te cansas o te sientes somnoliento durante el día? Si No
7. ¿Tienes algún temblor en tu cuerpo? Si No
8. ¿Tienes calambres musculares recurrentes? Si No
9. ¿Tienes algún espasmo muscular en el cuerpo? Si No
10. ¿Tienes apnea del sueño? Si No
11. ¿Alguna vez te sientes desorientado, aunque sea por un momento? Si No
12. ¿Alguna vez te sientes inquieto o agitado? Si No

Firma del paciente: _____ Fecha: _____