

**CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES (12 años o más)**  
**ADOLESCENT QUESTIONNAIRE (12 and Above)**

IMPRINT AREA

 Antioch     Martinez     Pleasanton     Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

NOMBRE		EDAD
DIRECCIÓN (DOMICILIO)		CIUDAD, CÓDIGO POSTAL
		TELÉFONO
NO. DE REGISTRO MÉDICO		ORIGEN ÉTNICO/PAÍS DE ORIGEN
		RELIGIÓN
ESCUELA	GRADO	EMPLEO

¿De quién fue la idea de que vinieras hoy?     Mía     Mis padres     Otro  
 Si no fuiste tú, ¿estás de acuerdo con la idea?     No     Sí     No estoy seguro

¿Por qué problemas buscas asesoría o ayuda psiquiátrica? \_\_\_\_\_

¿Has visto a algún asesor en el pasado?     No     Sí  
 Si es así, ¿a quién? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo viste al asesor? \_\_\_\_\_  
 ¿Por qué viste al asesor? \_\_\_\_\_  
 ¿En qué te ayudó? \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE LA FAMILIA:**

¿Con quién vives? (marca la opción más apropiada)  
 Con ambos padres                       Otro familiar  
 Madre     Alguien más,  
 Padre    Especifica: \_\_\_\_\_

Nivel de contacto que tienes en la actualidad con tus padres:

Padre (si falleció, anota la fecha _____)	Madre (si falleció, anota la fecha _____)
<input type="checkbox"/> A diario	<input type="checkbox"/> A diario
<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente
<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Mensualmente
<input type="checkbox"/> Una vez al año o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al año o menos
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nunca

**Describe a tu familia:**

	Madre	Padre	Madrastra	Padrastro	Hermano	Hermana	Otro
Le gusto							
Amable							
Agradable							
Comprensivo							
Buen carácter							
Casi nunca está en casa							
Estricto							
Malo							
Brusco							
Crítico							
Negativo							
Enojado							
Usa drogas							
Toma alcohol							
Abusivo verbalmente							
Abusivo físicamente							

**CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES (12 años o más)**  
**ADOLESCENT QUESTIONNAIRE (12 and Above)**

IMPRINT AREA

 Antioch     Martinez     Pleasanton     Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

**Tipo de castigos — indique por quién:**

	Madre	Padre	Madrastra	Padrastra
Te manda a tu cuarto				
Te quita privilegios				
Te castiga o no te deja salir de la casa				
Te da nalgadas o golpes				
Otro, explica qué:				

**HISTORIAL MÉDICO:**

 ¿Tienes o has tenido alguna vez problemas médicos significativos o has estado hospitalizado?     No     Sí

 Si contestaste que sí, indíquelos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 ¿Tomas algún medicamento? (incluso pastillas anticonceptivas)     No     Sí

 Si contestaste que sí, indíquelos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 ¿Has tenido o tienes relaciones sexuales?     No     Sí

 ¿Practicas el sexo seguro?     No     Sí

¿Cuál es tu orientación o preferencia sexual? \_\_\_\_\_

 Para mujeres: ¿Ya tuviste tu período?     No     Sí    ¿A qué edad? \_\_\_\_\_

 ¿Estás embarazada?     No     Sí

 ¿Te has embarazado alguna vez?     No     Sí

 ¿Has tomada alcohol?     No     Sí

 ¿Qué tan a menudo?     Diariamente     Semanalmente     Rara vez

 ¿Fumas o usas tabaco?     No     Sí

 ¿Usas drogas?     No     Sí

Si es así, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_

	Actualmente	En el pasado
Marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína dura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhaladores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Favor de especificar: \_\_\_\_\_

 ¿Tu hábito daña tu relación con otras personas?     No     Sí

 ¿Interfiere con tu desempeño en la escuela?     No     Sí

¿Hace cuánto tiempo comenzó tu hábito? \_\_\_\_\_

 ¿Crees que es un problema?     No     Sí

 ¿Te gustaría dejar el hábito?     No     Sí

**HISTORIAL JURÍDICO:**

¿Has estado involucrado alguna vez con la policía o los tribunales? (Marca una respuesta)

 No, nunca     Sí, hace menos de un mes     Sí, en los últimos seis meses     Sí, el año pasado     Sí, hace más de un año

 ¿Visitas a un trabajador social o a un funcionario a cargo de la libertad condicional con regularidad?     No     Sí

 Si es así, anota el nombre, la dirección y el teléfono: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES (12 años o más)**  
**ADOLESCENT QUESTIONNAIRE (12 and Above)**

IMPRINT AREA

 Antioch     Martinez     Pleasanton     Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

**¿Has tenido alguna de las siguientes experiencias o problemas, ahora o en el pasado?**

	Ahora	Antes		Ahora	Antes		Ahora	Antes
Inquieto e incapaz de estar quieto			Lastimas a los animales			Hablas sin claridad		
Actúa sin pensar			Te escapabas por la noches			Comes poco o rápido para perder peso		
Dificultad para prestar atención			Lastimas a la gente			Vomitas los alimentos intencionalmente		
Poca motivación			Problemas sexuales			Te hartas de alimentos		
Incapaz de mantener atención por mucho tiempo			Problemas con la ley			Escuchas voces o ves cosas que no existen		
Te frustras con facilidad			Prendes fuegos			Dolores de cabeza		
Te distraes con facilidad			Te han arrestado, has estado en cárcel o en libertad condicional					
Sueñas despierto o fantaseas mucho						Tristeza, llanto, o depresión		
Ataques de cólera			Nerviosidad/no puedes descansar			Es difícil tomar decisiones		
No cooperativo			Te preocupas más que los demás			Irritable/enojado		
Contestas			Mucha ansiedad			Retraído de los demás		
Dificultad para admitir errores			Mucha preocupación acerca de la conducta anterior			Problemas para concentrarse		
Discutes mucho			Temor			Problemas para dormir		
Disfrutas "molestar" a la gente			Preocupación acerca del futuro			Problemas de memoria		
Usas lenguaje vulgar y obsceno			Temores o fobias inusuales			Sueño inquieto, te despiertas con frecuencia		
Te molestas con facilidad			Pánico			Ya nada es divertido		
			Demasiado preocupado acerca de los gérmenes, la seguridad o cuestiones de salud			Te despiertas muy temprano y no puedes volver a dormir		
Usas alcohol o drogas			Repetición de un acto innecesario una y otra vez (ej.: lavarse, revisar los candados, contar, arreglar cosas)			Poca autoestima		
Fumas cigarrillos						Duermes demasiado		
Actitud o conducta rebeldes			Pareces estar confundido a menudo			Te sientes cansado y fatigado		
Causas daños a la propiedad			No puedes controlar el movimiento del cuerpo			Pesadillas, temores nocturnos		
Deseas escaparte de casa			No sabes donde estás			Aumento o pérdida de peso		
Has robado cosas			Te sientes extraño o diferente a las demás personas			Has intentado suicidarte antes		
Has escapado de casa			Visión borrosa o doble visión					

**¿Has tenido alguna de las siguientes experiencias o problemas, ahora o en el pasado?**

	Nunca o pocas veces	Algunas veces	Buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
Creo que es muy doloroso seguir viviendo				
Creo que mi familia estaría mejor si estuviera muerto				
Pienso en el suicidio				
He pensado cómo puedo matarme				
Pienso en el suicidio para castigar a los demás				

continúa en la siguiente página

MR #: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES (12 años o más)**  
**ADOLESCENT QUESTIONNAIRE (12 and Above)**

IMPRINT AREA

Antioch     Martinez     Pleasanton     Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

**Marca las casillas que describen tus relaciones con otros:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prefiero estar solo   | <input type="checkbox"/> Tengo un mejor amigo  |
| <input type="checkbox"/> Muchas veces estoy solo , pero no me gusta y me siento solo | <input type="checkbox"/> Tengo muchos amigos   |
| <input type="checkbox"/> Problemas para llevarme bien con otros                      | <input type="checkbox"/> Salgo con amigos. ¿Dónde?<br>_____  |
| <input type="checkbox"/> Tímido  | <input type="checkbox"/> Tengo novio/novia. ¿De qué edad?<br>_____   |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para llevarme bien con hermanos y hermanas       | <input type="checkbox"/> Conflictos con mis padres o padrastros  |
| <input type="checkbox"/> Familiar que bebe demasiado                                 | <input type="checkbox"/> He sido objeto de abuso físico o sexual   |
| <input type="checkbox"/> Familiar que usa drogas                                     | <input type="checkbox"/> He sido objeto de negligencia   |
| <input type="checkbox"/> Familiar, pariente o amigo que intentó suicidarse           | <input type="checkbox"/> ¿Has sido objeto de burlas por parte de tus compañeros? _____<br>¿Has sido objeto de burlas por parte de un familiar? _____ |

**He tenido estos problemas en la escuela:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dificultades con los compañeros   | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje                                  |
| <input type="checkbox"/> No tengo amigos en la escuela     | <input type="checkbox"/> Me han detenido en la escuela (o he asistido los sábados) |
| <input type="checkbox"/> No me llevo bien con mis maestros | <input type="checkbox"/> Me han suspendido (No. de veces _____)                    |
| <input type="checkbox"/> Evito ir a la escuela o a clases  | <input type="checkbox"/> Me han expulsado (No. de veces _____)                     |
| <input type="checkbox"/> Bajas calificaciones              | <input type="checkbox"/> Participo en peleas en la escuela                         |

**Comentarios adicionales:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

**CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES (12 años o más)**  
**ADOLESCENT QUESTIONNAIRE (12 and Above)**

IMPRINT AREA

 Antioch     Martinez     Pleasanton     Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

**Autoinforme del estado de ánimo del adolescente / Teen Mood Self-Report**
**Puntuación / Score**

**Instrucciones CES-D: Abajo vas a ver una lista de cómo te puedes haber sentido o actuado. En el espacio que corresponda marca qué tan seguido te sentiste de esta manera durante la última semana. Marca sólo una casilla por pregunta.**

**Durante la última semana:**

	Rara vez o nada de tiempo (menos de 1 día)	Algo o un poco de tiempo (1 a 2 días)	En ocasiones o una cantidad moderada de tiempo (3 a 4 días)	Todo el tiempo (5 a 7 días)
1. Me molestaron cosas que por lo general no me molestan.				
2. No tenía ganas de comer; tuve mal apetito.				
3. Sentí como que no me podía quitar la depresión, ni con la ayuda de mi familia o mis amigos.				
4. Sentí que yo valía tanto como las demás personas.				
5. Tuve problemas para concentrarme en lo que estaba haciendo.				
6. Me sentí deprimido(a).				
7. Sentí que todo lo que hacía me costaba esfuerzo.				
8. Me sentí esperanzado(a) por el futuro.				
9. Pensé que mi vida era un fracaso.				
10. Tuve miedo.				
11. No dormía bien.				
12. Me sentí feliz.				
13. Hablé menos de lo normal.				
14. Me sentí solo(a).				
15. La gente no era amigable.				
16. Disfruté de la vida.				
17. Tuve ataques de llanto.				
18. Me sentí triste.				
19. Sentí que a la gente le caía mal.				
20. No podía "arrancar."				

**Preguntas sobre lesiones a uno mismo: Marca la respuesta que sea verdadera para ti.**

**¿Has tenido alguno de los siguientes pensamientos o sentimientos, ahora o en el pasado?**

	Nunca o nada	Algunas veces	A menudo	Todo el tiempo
1. Siento que es demasiado doloroso seguir viviendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Creo que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pienso en el suicidio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. He pensado en matarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Para castigar a los demás, pienso en el suicidio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Salud Mental – Servicios de Dependencia a Substancias Químicas  
 Servicios Intensivos para Pacientes Externos Norte de California

**Chemical Dependency**  
 Do not release patient information without specific authorization per 42 CFR

MR #: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

**CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS PSIQUIATRICOS /  
 CONFIDENTIALITY AND CONSENT TO TREATMENT**

IMPRINT AREA

Antioch     Martinez     Pleasanton     Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

IMPRINT AREA

**Salud Mental y Dependencia Química**

El Departamento de Psiquiatría de Kaiser Permanente está totalmente comprometido a respetar su derecho a la privacidad. Para alcanzar este objetivo, los datos de sus visitas a la Clínica de Psiquiatría en general se mantienen separados de su historia clínica. No obstante, para su seguridad, los medicamentos que le recetan en la Clínica de Psiquiatría figurarán en su expediente médico. Cuando sea directamente pertinente a la atención clínica del individuo, se podría intercambiar información entre un proveedor de atención de la salud mental de Kaiser Permanente y otro proveedor de Kaiser Permanente.

Además, hay ciertas circunstancias específicas en que la ley de California requiere la entrega de cierta información psiquiátrica. Por ejemplo, si usted está involucrado en ciertas acciones judiciales en las que su estado mental o emocional son pertinentes, es posible que tengamos que entregar todos o parte de sus datos psiquiátricos a las partes que participen en la acción judicial. Si tiene alguna inquietud sobre lo que figura en sus datos médicos, consulte con su terapeuta todas las veces que le soliciten que firme un formulario de revelación de información.

Además, es posible que tengamos que entregar a la policía o a otros organismos gubernamentales cierta información relacionada con actos violentos o abusivos, tanto reales como potenciales, sobre los que nos podamos enterar.

**Consentimiento para el Tratamiento**

La mayoría de los individuos que participan en un tratamiento mental o del comportamiento se benefician de ese tratamiento. Como en casi todos los casos de atención de la salud, este tipo de tratamiento requiere un esfuerzo muy activo de su parte para que le rinda beneficios. Además, el tratamiento puede conllevar ciertos riesgos. Por ejemplo, el proceso de la terapia puede ser difícil y a veces puede causar sentimientos desagradables, crear interacciones molestas o forzarlo a enfrentar aspectos desagradables de su vida. A pesar de ello, la mayoría de las personas hallan que los beneficios son mayores que los riesgos mencionados. De hecho, en algunos casos el **no** participar en la terapia puede ser mucho más riesgoso.

Si ve a un médico como parte de su atención, él o ella puede recetarle algún medicamento. Siempre que le receten medicamentos le explicarán los beneficios y los riesgos de dichos medicamentos.

Es importante que participe voluntariamente en este tratamiento. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre este documento, sobre los servicios que le prestan o sobre sus opciones de tratamiento, debe hablar con su terapeuta.

**Reconocimiento**

Al firmar su nombre en el espacio a continuación, usted reconoce que ha leído y entendido este documento y que acuerda participar voluntariamente en este tratamiento. *Si la persona que recibe atención es menor de edad, uno de sus padres o su tutor legal debe reconocer haber leído y entendido este documento y acuerda que el menor de edad participe voluntariamente en este tratamiento (excepto en ciertas situaciones exentas por ley).*

FIRMA DEL PACIENTE (SI NO LO FIRMA EL PACIENTE, INDIQUE LA RELACIÓN)

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA



Salud Mental – Servicios de Dependencia a Sustancias Químicas  
 Servicios Intensivos para Pacientes Externos  
 Norte de California

Psychiatry

MR #: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

**REVELACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD /  
 CONFIDENTIALITY DISCLOSURE**

IMPRINT AREA

Antioch     Martinez     Pleasanton     Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

**Servicios de Salud Mental y de Dependencia en Sustancias Químicas de KPNC: su derecho a la privacidad /  
 KPNC's Mental Health and Chemical Dependency Services: Your Right to Privacy**

El programa de Salud Mental y de Dependencia en Sustancias Químicas (MH/CD) de Kaiser Permanente está firmemente comprometido a proteger su privacidad. El Aviso de Privacidad del norte de California contiene información general acerca de cómo se usa y se protege su información médica. Las leyes federales y estatales protegen la confidencialidad de los datos de Dependencia en Sustancias Químicas. La violación de las leyes federales de confidencialidad relacionadas con los programas de Dependencia en Sustancias Químicas es un delito grave. Las sospechas de violaciones deberán denunciarse a las autoridades correspondientes.

Excepto en ciertas circunstancias limitadas (ver ejemplos más abajo), el programa MH/CD de Kaiser Permanente no puede, sin su permiso escrito, revelar información acerca de su atención a nadie fuera de Kaiser Permanente. Para su privacidad, los registros de psicoterapia de sus visitas al MH/CD se mantienen separados de su registro médico como paciente ambulatorio. No obstante, sin importar el tipo de consulta, por su seguridad personal, en su registro médico se incluyen sus visitas por medicamentos, la lista de medicamentos, los resultados de laboratorio, una descripción de los resultados de los medicamentos y los pronósticos, ya sea en formato impreso o electrónico.

**Coordinación de la atención**

En Kaiser Permanente el personal de servicio del MH/CD es considerado como si fuera un solo departamento: el Departamento de Psiquiatría. Por lo tanto, el personal de Salud Mental y el de Dependencia en Sustancias Químicas dentro del Departamento puede compartir cualquier información del MH/CD entre sí, sin contar con su permiso por escrito. Sin embargo, los reglamentos de revelación de información por fuera del Departamento de Psiquiatría son diferentes para la información de pacientes de Salud Mental que para la información de pacientes de Dependencia en Sustancias Químicas.

Pacientes que sólo reciben atención de Salud Mental: Para la atención de Salud Mental no se requiere su permiso para coordinar su atención con otros proveedores dentro de Kaiser Permanente, como su médico de atención primaria. Los diagnósticos de Salud Mental y las fechas de citas están a disposición de sus otros proveedores de tratamiento de Kaiser Permanente, según lo necesiten saber. Sin embargo, por lo general, hablaremos con usted sobre cualquier necesidad de compartir otra información de salud mental. Al compartir la información sólo compartiremos la información que, a nuestro juicio profesional, creamos que sea necesaria para la atención médica adecuada por parte de ese proveedor.

Pacientes que reciben atención de Dependencia en Sustancias Químicas: Para la atención de Dependencia en Sustancias Químicas (que incluiría la atención de Salud Mental que forme parte de su atención de dependencia), por lo general se necesita su autorización por escrito antes de que se pueda revelar cualquier información sobre el tratamiento para la dependencia a cualquier persona fuera del Departamento de Psiquiatría. Por su seguridad y por la coordinación eficaz de su atención médica, creemos firmemente que es importante que nosotros compartamos la información sobre su tratamiento de Dependencia en Sustancias Químicas con sus otros proveedores de tratamiento de Kaiser Permanente. Para que podamos hacerlo usted debe firmar una autorización por escrito para permitirnos compartir con ellos su información como paciente de Dependencia en Sustancias Químicas.

**Excepciones a las reglas de confidencialidad**

Algunas veces la ley nos autoriza a revelar información acerca de usted sin su permiso, tal como las revelaciones:

- En emergencias médicas y psiquiátricas en las cuales la información es esencial para la seguridad de la persona
- Para advertir a posibles víctimas de actos violentos
- A personal calificado para auditoría, evaluación de programas o investigación; por ejemplo, encuestas de pacientes
- Para denunciar una sospecha de abuso o abandono infantil
- Para denunciar la comisión de delitos en nuestras instalaciones o contra el personal de nuestro programa
- Para responder a órdenes judiciales que cumplan con las normas para el tipo de dato cubierto por la orden
- En denuncias al Departamento de Vehículos Motorizados debido a pérdidas de conciencia, tal como lo exige la ley

En cualquier momento que tenga inquietudes acerca de su privacidad, lo exhortamos a solicitar una aclaración de su terapeuta o de un miembro del personal.

**Acuso de recibo:**

Al firmar con su nombre en el espacio siguiente, usted reconoce que ha leído y entendido este documento.

*(Nota: Si la persona que recibe la atención es menor de edad, entonces un padre o tutor legal reconoce haber leído o entendido este documento. Bajo ciertas circunstancias, los menores de edad pueden consentir por sí mismos al tratamiento sin el permiso de los padres.)*

FIRMADO: FIRMA FECHADA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE / SIGNED: PATIENT'S OR REPRESENTATIVE'S DATED SIGNATURE

FECHA / DATE

NOMBRE Y RELACIÓN CON EL PACIENTE, EN LETRA DE MOLDE (SI FIRMA UN REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PACIENTE / PRINT NAME AND RELATIONSHIP TO PATIENT (IF SIGNED BY AUTHORIZED REPRESENTATIVE OF THE PATIENT)

FECHA / DATE