



**Página de Datos Personales**

---

Nombre: \_\_\_\_\_ MR#: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
Emergencia Contactar: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Referida (o) a esta clínica por: \_\_\_\_\_ Servicio Militar: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo en el trabajo actual: \_\_\_\_\_  
Empleo (empleado por): \_\_\_\_\_ Horas de trabajo: \_\_\_\_\_  
¿Cuánto tiempo usted ha vivido en esta área? \_\_\_\_\_  
El último grado de escuela que terminó: \_\_\_\_\_  
Grupo étnico o cultural con el que usted se identifica (opcional): \_\_\_\_\_

**Marque Uno:**  Casada(o)/pareja,  Soltera(o),  Separada(o),  Divorciada(o),  
 Viuda(o), ¿Viviendo con esposa(o)?  Sí  No, Número de años: \_\_\_\_\_

**Tipo(s) de ayuda que desea:**

Terapia individual breve,  Medicina,  Terapia en grupo,  Tratamiento para el uso de sustancias,  Otro: \_\_\_\_\_

**Razones principales por las cuales busca ayuda:**

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

**¿Porqué usted decidió buscar ayuda ahora?:**

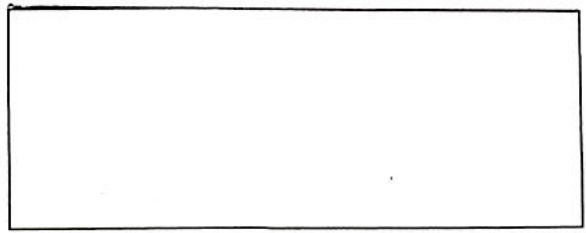
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Qué ha intentado hasta ahora?:**

\_\_\_\_\_

**¿Tiene usted alguna de las siguientes tensiones en su vida actual?:**

- Problemas de trabajo  Sí  No \_\_\_\_\_
- Problemas legales  Sí  No \_\_\_\_\_
- Problemas financieros  Sí  No \_\_\_\_\_
- Problemas de familia  Sí  No \_\_\_\_\_
- Problemas de relaciones  Sí  No \_\_\_\_\_



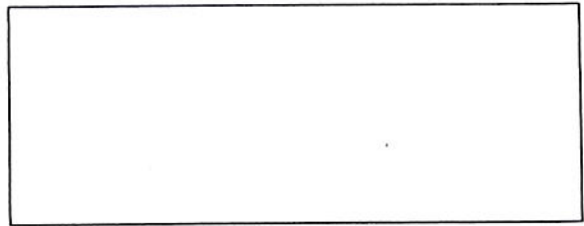
Tratamiento siquiátrico en el pasado	Tipo (individual/familia)	¿Por quien?	¿Año?	¿Util?
Sicoterapia	1.			
	2.			
	3.			
Medicina Siquiátrica	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
Admisiones a Hospital siquiátrico	1.			
	2.			
	3.			

**¿Tiene algún pariente o familiar con problemas siquiátricos, o con uso excesivo de alcohol o drogas?**

Pariente	Síntomas/problemas	Tratamiento	¿Medicina siquiátrica?	Hospital siquiátrico

**Información Familiar:**

Nombre	Ciudad donde reside	¿Vive con usted?	Si está con vida, cuántos años de edad tiene	Si ha fallecido, cuántos años de edad tenía y en que año murió	Ocupación	¿Cómo se llevan o llevaban?
Esposa(o)/pareja						
Niños						
Padre						
Padrastro						
Madre						
Madrasta						
Hermana(o)						
Otros viviendo en casa						



¿Tiene una condición médica crónica o seria?  Sí  No

De ser sí, por favor describa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún accidente serio, daño, lesiones en la cabeza o convulsiones?  Sí  No

De ser sí, por favor describa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento (incluyendo medicinas naturales y sin receta)?

Sí  No De ser sí, por favor la lista: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna reacción de alergia u otros problemas con medicamentos?  Sí  No

De ser sí, por favor describa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Alcohol y uso de sustancia

• ¿Usa usted alcohol?  Sí  No

¿Cuantas bebidas usted consume por día? \_\_\_\_\_ ¿Por semana? \_\_\_\_\_

¿Que edad tenía cuando usted empezó a tomar? \_\_\_\_\_

Ultima vez que tuvo una bebida (hora y cuánto) \_\_\_\_\_

• ¿Utiliza otras drogas ilícitas o recreativas?  Sí  No

¿Qué tipo? \_\_\_\_\_ Cuánto? \_\_\_\_\_

¿A qué edad usted empezó a usar? \_\_\_\_\_ La ultima vez que usted usó: \_\_\_\_\_

• ¿Siente que tiene un problema de alcohol?  Sí  No

¿Siente que tiene un problema de drogas?  Sí  No

• Alguna vez:

1. ¿Se sintió que necesitaba reducir el uso de la droga o alcohol?  Sí  No

2. ¿Se sintió molesto por las críticas del uso de la droga o alcohol?  Sí  No

3. ¿Se sintió culpable por usar droga o alcohol?  Sí  No

4. ¿Se ha sentido con la necesidad de usar droga o alcohol para empezar la mañana?  Sí  No

5. Encontró que el uso de sustancia causaba problemas en su trabajo?  Sí  No

6. ¿Encontró difícil dejar de usar o controlar la cantidad que usaba?  Sí  No

7. ¿Lo han arrestado por manejar bajo la influencia(DUI)?  Sí  No

De ser sí, Fechas: \_\_\_\_\_

8. ¿Ha estado en un programa de rehabilitación para droga o alcohol? \_\_\_\_\_

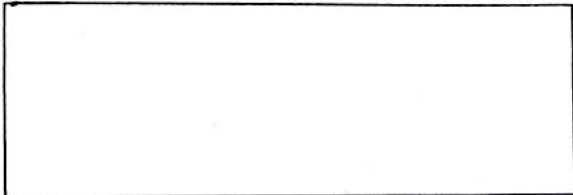
De ser sí, Fechas y lugares: \_\_\_\_\_

• ¿Usted usa productos de tabaco?  Sí  No ¿De que clase y cuántos? \_\_\_\_\_

• ¿Cuando empezó? \_\_\_\_\_ ¿Cuando dejó de usar? \_\_\_\_\_

• Usted usa bebidas con cafeína (café, té, refrescos, chocolate)?  Sí  No

• Cuánto (tazas, latas)? \_\_\_\_\_



**¿Siente o ha sentido alguno de los siguientes síntomas en el pasado?**

	<b>Actual</b>	<b>Pasado</b>		<b>Actual</b>	<b>Pasado</b>
Desanimado			Cambios de apetito		
Pérdida de interés/placer			Problemas de concentración		
Problemas de dormir			Baja autoestima		
Cambio de nivel de energía			Pensamientos de suicidio		
Humor mánico			Valor excesivo de uno mismo		
Necesidad disminuída para dormir			Muchas ideas a la vez		
Más hablador o más presión de seguir hablando			Estas envuelto en muchas actividades a la vez		
Toma riesgos impulsivos			Buscando placer de forma impulsiva		
Ira, furia, o enojo excesivo					
Momentos de miedo intenso			Palpitaciones		
Suda de repente			Tiembla		
Falto de respiración			Temor de perder el control o de morir		
Mareos o dolores de cabeza			Entumecimiento o cosquilleo		
Excesivas Preocupaciones			Intranquilidad		
Fatiga (cansancio)			Corajes o estado de ánimo irritable		
Pensamientos obsesivos			Comportamiento repetitivo		
Evento traumático			Miedo intenso después de un evento		
Pensamientos recurrentes			Pesadillas relacionadas al pasado		
Evita recordar el pasado			Te espantas fácilmente		
Escucha voces que otros no oyen			Encuentra que es excesivamente sospechosa(o) o temerosa(o)		
Mira cosas que otros no pueden ver			Comes una cantidad grande con una sensación de estar fuera de control		
Ha perdido significamente de peso en poco tiempo			Mira "gordura" en usted que otros no ven		
Desechas la comida con vómito o con otro comportamiento			Sentir amenaza por la pareja (emocional o físicamente)		
Su pareja le a lastimado o asustado			Sin esperanza		



**PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)**  
**(CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE)**

NAME

MED. REC. #

DOB

FECHA DE HOY

IMPRINT KAISER PERMANENTE ID CARD HERE

Durante las dos (2) últimas semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? <i>(Haga un círculo alrededor de su respuesta)</i>	NUNCA	VARIOS DÍAS	MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS	CASI TODOS LOS DÍAS
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado(a), deprimido(a), o sin esperanza	0	1	2	3
3. Problemas en dormirse o en mantenerse dormido(a), o en dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado(a) o tener poca energía	0	1	2	3
5. Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentir falta de amor propio – o que sea un fracaso o que se decepcionara a si mismo(a) o a su familia	0	1	2	3
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta – o de lo contrario, está tan agitado(a) o inquieto(a) que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto(a) o de que se haría daño de alguna manera	0	1	2	3

ADD COLUMNS:

+  +

Healthcare professional: For interpretation of TOTAL, please refer to accompanying scoring card).

TOTAL:

10. Si usted marcó afirmativo *cualquiera* de los problemas en este cuestionario hasta aquí, ¿cuán *difícil* se le hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

- Nada en absoluto
- Bastante dificultoso
- Muy dificultoso
- Extremadamente dificultoso

Reviewed by: \_\_\_\_\_

Interventions

Patient Education Materials

Referred to:  Social Services  Classes  Behavioral Health

PRIME-MD® is a trademark of Pfizer Inc.

Copyright© 1999 Pfizer Inc. all rights reserved. Reproduced with permission.