



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor complete toda la información en este formulario.

Puede parecer largo, pero la mayoría de las preguntas requieren solo una "X", por lo que será rápido.

Es posible que deba preguntarles a los miembros de la familia sobre los antecedentes familiares. ¡Gracias!

Nombre	Edad	Fecha de nacimiento	Fecha
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)		Condado	Número de Seguro Social del cliente
Teléfono Principal		Teléfono alternativo #	
Médico de atención primaria		Número de teléfono de atención primaria	
<b>¿Da usted permiso para que se proporcionen actualizaciones periódicas a su médico de atención primaria?</b>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Terapeuta/Consejero actual		Número de teléfono del terapeuta/consejero	
<b>INFORMACIÓN FINANCIERA</b>		<input type="checkbox"/> No hay información financiera que proporcionar	
Seguro Primario	Numero de identificación principal/# de grupo		
Nombre del suscriptor principal	Relación de suscriptor principal		
Fecha de nacimiento del suscriptor principal	Empleador del suscriptor principal		
Seguro secundario	Número de ID secundario/N.º de grupo		
Nombre del suscriptor secundario	Relación de suscriptor secundario		
Fecha de nacimiento del suscriptor secundario	Empleador de suscriptor secundario		
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>			
¿Ha viajado fuera del país en los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Si sí donde?	
¿Está actualmente sirviendo en el ejército/servicio activo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Eres un veterano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Qué sucursal?			
¿Alguien de su familia inmediata está en servicio militar o en servicio activo?			
¿Ha estado sin hogar en los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO	¿Ha sido residente de un centro correccional en los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

**¿Cuál es el problema por el cual busca ayuda?**

1.

2.

3.

**¿Cuáles son sus objetivos de tratamiento?**

1.

2.

3.

**¿Cómo se enteró de nosotros?**

Ser

Escuela

Doctor

Amigo de la familia

Pastor

Servicios judiciales/libertad condicional

Telefono Libro

Corte

Abogado

Hospital

FCD

Agencia de cuidado de crianza

**Para niños/jóvenes menores de 18 años**

Nombre de la(s) persona(s) con quien vive el niño:

Relacion hacía el niño:

Padre biologico  Padrastro  Guardián legal  Padre adoptivo  Padre adoptado  Otro

Si los padres del nino estan divorciados o separados, proporcione informacion sobre el otro padre:

Nombre

Número de teléfono

Dirección: Calle, Ciudad, Estado

**Información de la escuela del niño**

Nombre de Escuela

Grado actual

Si recibe servicios especiales, describa

Estatus Jurídico Juvenil:

Niño que necesita atención

Delincuente juvenil

Tanto el niño que necesita atención como el delincuente juvenil

**Información del hogar**

Ingresos en el hogar del cliente, \$  
semanales o mensuales, de todas las fuentes Incluya ingresos de SSI o SSDI

Número de personas dependientes de este ingreso:

**Nombres de los miembros del hogar, edades y relación con el cliente.**

Nombre

Edad

Relación

**Contacto de emergencia**

Nombre

Relación

DIRECCIÓN

Teléfono

<b>Raza/Género/Sexual del cliente</b>	<b>¿Usted es hispano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Orientación/Idioma</b>	

Por favor elige todo con lo que te identifiques:

Negro o africano Americano	<input type="checkbox"/>	sur de asia	<input type="checkbox"/>	coreano	<input type="checkbox"/>	Guameño o Chamorro	<input type="checkbox"/>
Blanco	<input type="checkbox"/>	Chino	<input type="checkbox"/>	vietnamita	<input type="checkbox"/>	samoano	<input type="checkbox"/>
indio americano	<input type="checkbox"/>	filipino	<input type="checkbox"/>	Otro asiático	<input type="checkbox"/>	Otros isleños del Pacífico	<input type="checkbox"/>
Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	japonés	<input type="checkbox"/>	Nativo hawaiano	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>

Identidad de género	Orientación sexual	Lenguaje primario
Masculino <input type="checkbox"/>	Recto o Heterosexual <input type="checkbox"/>	Inglés <input type="checkbox"/>
Femenino <input type="checkbox"/>	homosexuales <input type="checkbox"/>	signo americano Idioma <input type="checkbox"/>
Transgénero de hombre a mujer <input type="checkbox"/>	Bisexual <input type="checkbox"/>	Español <input type="checkbox"/>
Transgénero de mujer a hombre <input type="checkbox"/>	Queer <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Género no confirmado <input type="checkbox"/>	pansexual <input type="checkbox"/>	
Otro <input type="checkbox"/>	Interrogatorio <input type="checkbox"/>	
	Asexual <input type="checkbox"/>	
	Otro <input type="checkbox"/>	

**Estado civil**  Soltero  Pareja  Casado  Divorciado  Viudo

**Historia Ocupacional**

<b>Ocupación</b> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> LOA <input type="checkbox"/> Incapacitado	<b>Si está empleado, ¿trabaja en el turno de noche?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N / A
	<b>Empleador</b>
<b>Años de educación o título más alto</b>	<b>¿Estás interesado en recibir servicios de empleo?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Lista de verificación de síntomas actuales**

**Síntomas - Estado de ánimo**

Agresivo Acciones/Impulsos <input type="checkbox"/>	Frialdad emocional <input type="checkbox"/>	Insomnio <input type="checkbox"/>
Problemas de ira/temperamento <input type="checkbox"/>	Gasto excesivo, compras juergas <input type="checkbox"/>	Irritable <input type="checkbox"/>
anhedonia <input type="checkbox"/>	Fatiga/pérdida de energía <input type="checkbox"/>	Remordimiento, falta de <input type="checkbox"/>
Ansiedad <input type="checkbox"/>	Sentirse tenso <input type="checkbox"/>	Sensación de asfixia <input type="checkbox"/>
Arrogancia <input type="checkbox"/>	Sentimientos de inutilidad/desesperanza <input type="checkbox"/>	Pérdida de peso significativa no debida a dieta o aumento de peso previo <input type="checkbox"/>
Episodios de llanto <input type="checkbox"/>	Culpa, excesiva/inapropiada <input type="checkbox"/>	Rencoroso/vengativo <input type="checkbox"/>
Disminución del apetito <input type="checkbox"/>	hipersomnia <input type="checkbox"/>	Sobresalto exagerado <input type="checkbox"/>
Estado de ánimo deprimido <input type="checkbox"/>	Hipervigilancia <input type="checkbox"/>	
Estado de ánimo elevado <input type="checkbox"/>	Aumento del apetito <input type="checkbox"/>	

**Síntomas - Pensamientos**

perfeccionista <input type="checkbox"/>	Sensación de futuro acertado <input type="checkbox"/>	Preocupación persistente (especifique) <input type="checkbox"/>
Negativismo extremo <input type="checkbox"/>	Olvidadizo <input type="checkbox"/>	Mala atención al detalle <input type="checkbox"/>
Intereses restringidos <input type="checkbox"/>	Miedo específico (especificar) <input type="checkbox"/>	Concentración disminuida <input type="checkbox"/>
Atención disminuida <input type="checkbox"/>	Distractibilidad <input type="checkbox"/>	Recuerdos <input type="checkbox"/>
Indecisión <input type="checkbox"/>	Pensamientos de muerte <input type="checkbox"/>	

**Síntomas: solo niños**

Pérdida de compromiso social	<input type="checkbox"/>	Mala coordinación motora	<input type="checkbox"/>
Huyendo	<input type="checkbox"/>	Desarrollo normal hasta los 5 meses de edad	<input type="checkbox"/>
Retraso por falta de lenguaje hablado	<input type="checkbox"/>	Falta de juego imaginario	<input type="checkbox"/>
Falta de contacto espontáneo con los demás	<input type="checkbox"/>	Falta de reciprocidad	<input type="checkbox"/>
Falta de habilidades manuales adquiridas	<input type="checkbox"/>		

**Síntomas – Somáticos**

Sensación de asfixia	<input type="checkbox"/>	Negativa a mantener el peso	<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir (especificar)	<input type="checkbox"/>
Avoliación/pérdida de motivación	<input type="checkbox"/>	Agitación psicomotora	<input type="checkbox"/>	Retraso psicomotor	<input type="checkbox"/>
Mutismo electivo/selectivo	<input type="checkbox"/>	Lenguaje idiosincrásico	<input type="checkbox"/>		

**Síntomas - Comportamiento**

Impulsividad/impaciencia	<input type="checkbox"/>	Juego	<input type="checkbox"/>
Desafiante/Opuestos/Stub	<input type="checkbox"/>	Desestructurado	<input type="checkbox"/>
No logra finalizar las tareas	<input type="checkbox"/>	Agitación nerviosa	<input type="checkbox"/>
Daño a la propiedad	<input type="checkbox"/>	Motor repetitivo/estereotipado	<input type="checkbox"/>
matones	<input type="checkbox"/>	Impulsividad/impaciente	<input type="checkbox"/>
Juegos de azar, poco control	<input type="checkbox"/>	Evitación	<input type="checkbox"/>
Mentira/engaño	<input type="checkbox"/>	Obsesiones	<input type="checkbox"/>
Comportamientos compulsivos/compulsividad	<input type="checkbox"/>	Auto lastimarse	<input type="checkbox"/>
Comportamiento imprudente/desorganizado	<input type="checkbox"/>	Actos criminales (especificar)	<input type="checkbox"/>

**Síntomas – Problemas sexuales (especificar)****Síntomas: problemas de percepción/pensamiento**

Pensamiento mágico	<input type="checkbox"/>	Paranoia	<input type="checkbox"/>	Pensamientos acelerados	<input type="checkbox"/>
Pensamientos reflexivos	<input type="checkbox"/>	Posturas extrañas/Catania	<input type="checkbox"/>	Discurso desorganizado	<input type="checkbox"/>
Descarrilamiento del discurso	<input type="checkbox"/>	Psicosis posparto	<input type="checkbox"/>	Creencia de Ser Especial/Único	<input type="checkbox"/>
Confusión de identidad	<input type="checkbox"/>	Delirios, extraños (especificar)	<input type="checkbox"/>	Delirios, no extraños	<input type="checkbox"/>
Disociación	<input type="checkbox"/>	Sueños aterradores	<input type="checkbox"/>	Grandiosidad	<input type="checkbox"/>
Ideas de referencia	<input type="checkbox"/>	Pensamientos intrusivos (especificar)	<input type="checkbox"/>		

**Síntomas – interpersonales**

Preocupación excepcional por la separación	<input type="checkbox"/>	Deterioro no verbal Comportamientos	<input type="checkbox"/>
Esfuerzos frenéticos para evitar Abandono	<input type="checkbox"/>	Explotador	<input type="checkbox"/>
Demasiado dramático	<input type="checkbox"/>	Derecho	<input type="checkbox"/>
Problemas interpersonales, adulto	<input type="checkbox"/>	Problemas interpersonales, niño	<input type="checkbox"/>
Se siente incomprendido	<input type="checkbox"/>	Dudas Otros Integridad	<input type="checkbox"/>
Confianza, falta de amigos, falta de	<input type="checkbox"/>	Empatía, falta de	<input type="checkbox"/>
Se ve a sí mismo como socialmente inepto	<input type="checkbox"/>	Sentido inestable de uno mismo	<input type="checkbox"/>
Retiro/Aislamiento	<input type="checkbox"/>	H/O Relación inestable	<input type="checkbox"/>

**Síntomas – Miedos**

Especificar miedo

**Otros problemas de salud**

**EL CONSUMO DE TABACO** ¿Fumar cigarrillos?  **Sí**  **No** (Si nunca fumó, pase a Uso de alcohol/drogas)

Actual: Paquetes/Día # de años Otro tabaco (marque uno)

Pasado: Fecha de salida: Paquetes/Día # de años  Tubo  Cigarro  Rapé  Masticar

**ALCOHOL/DROGA USAR** ¿Bebes alcohol?  **Sí**  **No**  Cerveza  Vino  Espiritu # de bebidas/semana

¿Usas marihuana o drogas recreativas?  **Sí**  **No** Alguna vez has usado  **Sí**  **No** ¿Alguna vez has tomado de alguien más drogas?  **Sí**  **No** ¿Agujas para inyectarse drogas?

**ACTIVIDAD SEXUAL** ¿Actualmente tienes relaciones sexuales?  **Sí**  **No** (si no hay antecedentes sexuales, pase al Ejercicio)

Pareja(s) Sexual(es)  Es /  n /  ha sido  Masculino  Femenino

Método anticonceptivo  Ninguno  Condón  Píldora/anillo/parche/inyección/DIU  Vasectomía

**EJERCICIO** Hacer ejercicio ¿regularmente?  **Sí**  **No** (en caso negativo, pase a Dormir)

¿Qué tipo de ejercicio? Duración: Cuánto tiempo (min): Con qué frecuencia:

**DORMIR** ¿Cuántas horas, en promedio, duermes por la noche (o durante el día, si trabajas en turno de noche)?

**DIETA** ¿Cómo calificarías tu dieta?  Bien  Justo  Pobre ¿Quieres consejos sobre tu dieta?  **Sí**  **No**

**SEGURIDAD** ¿Utilizas casco de bicicleta?  **Sí**  **No** ¿Hay un detector de humo que funcione en casa?  **Sí**  **No** ¿Le preocupa la violencia en el hogar?  **Sí**  **No** ¿Usas los cinturones de seguridad constantemente?  **Sí**  **No** Si tienes armas en casa, ¿están bajo llave?  **Sí**  **No**

¿Ha completado un Director Anticipado para la Atención Médica (ADHC), un Testamento en Vida o  **Sí**  **No** ¿Órdenes físicas para terapia de soporte vital (POST)?  **Sí**  **No**

**Proveedores/Especialistas**

Especialista	Nombre	Última visita
Cardiología		
Gastroenterólogo (GI)		
obstetra/ginecólogo		
Neurología		
Pulmonar		
Proveedor de atención primaria (PCP)		
Otro:		

**Medicamentos**

Enumere TODOS los medicamentos recetados actualmente y con qué frecuencia los toma: Si ninguno, escriba ninguno. Si necesita más espacio para enumerar los medicamentos, escríbalos en una hoja separada con la información requerida.

Nombre del medicamento	Dosis diaria total	Fecha de inicio estimada

**Medicamentos o suplementos actuales de venta libre.**

**Problemas médicos actuales**

**Problemas médicos pasados, hospitalización no psiquiátrica, tratamiento A/D, o cirugías:**

¿Alguna vez te han hecho un electrocardiograma?

Sí  
 No

¿Fue el electrocardiograma?

Normal  
 Anormal  
 Desconocido

**Historial de pruebas de detección de mantenimiento de la salud**

Pantalla	Fecha	Instalación/Proveedor	Resultados anormales
Colesterol			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Colonoscopia/Sigmo			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
mamografía			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Prueba de Papanicolaou			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Densidad ósea			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hepatitis B			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hepatitis C			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
VIH			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Historial de vacunación**

Último refuerzo contra el tétanos o TdaP	Último Pneumovax (neumonía) Último Prevnar	
Última vacuna contra la gripe		
Última vacuna contra el zoster (Herpes)		

**Historial médico personal**

Condición de enfermedad	Actual	Pasado	Comentarios
Alcoholismo/ Abuso de Drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cáncer (tipo: _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Depresión/Ansiedad/Bipolar/Suicida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes (tipo: _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Enfisema (EPOC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cardiopatía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Presión arterial alta (hipertensión)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hipotiroidismo/enfermedad tiroidea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Enfermedad renal (riñón)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ataque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**Alergias**  Sin alergias

Alergia	Reacción alérgica

**Cirugías**  Sin cirugías

Tipo (especifique izquierda/derecha)	Fecha	Ubicación/Instalación

**Historia de la salud de la mujer**

¿Fecha del último período menstrual?	Edad de la menstruación	Edad de la menopausia
¿Estás embarazada actualmente o crees que podrías estarlo?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuántas veces has estado embarazada?		¿Cuántos nacidos vivos?
Complicaciones del embarazo:		

# Historia médica familiar

No hay antecedentes familiares

Marque todo lo que corresponda	Abuso de alcohol/drogas	Asma	Cáncer	Enfisema EPOC)	Depresión ansiedad	Bipolar/suicida	Diabetes	Muerte temprana	Cardiopatía	Colesterol alto	Presión de brillo alta	Nefropatía	Ataque	Tiroides	Migrañas	Otro	Otro
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MGM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MGF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PGM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PGF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Otras preocupaciones/problemas

### CONSTITUCIÓN

- Cambio de actividad
- Cambio de apetito
- Escalofríos
- diaforesis
- Fatiga
- Fiebre
- Cambio de peso inesperado

### CABEZA, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA

- Congestión
- Problemas dentales
- babeando
- Secreción del oído
- Dolor de oído
- Hichazon facial
- Pérdida de la audición
- Úlceras de boca
- hemorragias nasales
- Goteo postnasal
- rinorrea
- Presión en los senos
- Estornudos
- Dolor de garganta
- Tinnitus
- Dificultad al tragar
- cambio de voz

### OJOS

- Secreción ocular
- picazón en los ojos
- Dolor de ojo

### CARDIOVASCULAR

- Dolor en el pecho
- Hinchazón de la pierna
- palpitaciones

### GASTROINTESTINAL

- Distensión abdominal
- Dolor abdominal
- Sangrado anal
- Sangre en las heces
- Constipación
- Diarrea
- Náuseas
- dolor rectal
- Vómitos

### ENDOCRINO

- Intolerancia al frío
- Intolerancia al calor
- polidipsia
- polifagia
- poliuria

### GENITOURINARIO

- dificultad para orinar
- disuria
- Enuresis
- Dolor de costado
- Frecuencia
- dolor genital
- hematuria
- Secreción del pene
- dolor de pene

### PIEL

- Cambio de color
- Palidez
- Erupción
- Herida

### ALERGIA/INMUNO

- Alergias ambientales
- Alergias a los alimentos
- Inmunodeprimido

### NEUROLÓGICO

- Mareo
- Asimetría facial
- dolores de cabeza
- Aturdimiento
- Convulsiones
- Dificultad del habla
- Síncope
- Temblores
- Debilidad

### HEMATOLOGICO

- adenopatía
- Moretones/sangra fácilmente

### PSIQUIÁTRICO

- Agitación
- problema de conducta
- Confusión
- Disminución de la concentración
- Estado de ánimo disfórico
- Alucinaciones



enrojecimiento de los ojos	<input type="checkbox"/>	hinchazón del pene	<input type="checkbox"/>	Hiperactivo Nervioso/	<input type="checkbox"/>
Fotofobia	<input type="checkbox"/>	Hinchazón escrotal	<input type="checkbox"/>	ansioso	<input type="checkbox"/>
Disturbio visual	<input type="checkbox"/>	dolor testicular	<input type="checkbox"/>	Auto lastimarse	<input type="checkbox"/>
<b>RESPIRATORIO</b>		Urgencia		Alteración del sueño	<input type="checkbox"/>
Apnea	<input type="checkbox"/>	Disminución de la orina	<input type="checkbox"/>	ideas suicidas	<input type="checkbox"/>
Opresión en el pecho	<input type="checkbox"/>	<b>MUSCULAR</b>	<input type="checkbox"/>		
asfixia	<input type="checkbox"/>	Artralgias	<input type="checkbox"/>		
Tos	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>		
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	Problemas de marcha	<input type="checkbox"/>		
estridor	<input type="checkbox"/>	Inflamación de articulaciones	<input type="checkbox"/>		
sibilancias	<input type="checkbox"/>	Mialgias	<input type="checkbox"/>		
		Cuello dolor	<input type="checkbox"/>		
		Rigidez en el cuello	<input type="checkbox"/>		

### CONSENTIMIENTO PARA MODOS DE COMUNICACIÓN

*Tiene derecho a solicitar que el Centro de Orientación (TGC) se comunique con usted de formas alternativas, algunas de las cuales implican mayores riesgos de seguridad que otras. El intercambio de información no cifrado a través de correo electrónico o mensajes de texto, por ejemplo, es menos seguro. Además, por supuesto, algunas formas de comunicación fuera del contacto directo con el personal de las oficinas de TGC implican cierto riesgo de que personas no autorizadas puedan ver u escuchar la información. Debe tener en cuenta que el uso de medios electrónicos como forma de comunicación y acceso a la atención puede no ser tan completo como los servicios presenciales.*

*TGC no utilizará mensajes de texto o correo electrónico para comunicarse con usted sin su consentimiento a través de este formulario de autorización y, si decide autorizar a TGC a comunicarse con usted de esta manera, acepta renunciar, liberar y eximir a TGC de todas las responsabilidades de la exposición involuntaria de información comunicada a través de estos modos.*

Indique todos sus medios preferidos para llamadas y contactos de recordatorio.

<b>Primario</b>	<b>Trabajar</b>	<b>Celda/Texto</b>
Correo electrónico		Me gustaria registrarme en el portal del paciente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Las partes reconocen y acuerdan que esta Liberación de Facturación podrá formalizarse mediante firma electrónica, la cual será considerada como original para todos los efectos y tendrá la misma fuerza y efecto que una firma original. Sin limitación, la "firma electrónica" incluirá versiones enviadas por fax de una firma original o versiones escaneadas y transmitidas electrónicamente (por ejemplo, a través de pdf) de una firma original.

**Mi firma indica que toda la información proporcionada es verdadera y exacta.**

<b>Firma del cliente o padre/tutor legal</b>	<b>Fecha</b>
--	--------------

<p align="center"><b>Solo Para Uso de Oficina</b></p> <p>Client ID: _____</p> <p>Date Entered: _____</p> <p>Entered By: _____</p>
---

## alojamiento

1. ¿Le preocupa o preocupa que en los próximos dos meses no tenga una vivienda estable que sea de su propiedad, que alquile o en la que permanezca como parte de su hogar?1
  - Sí
  - No
2. Piensa en el lugar donde vives. ¿Tiene problemas con alguno de los siguientes? (marque todo lo que corresponda)2
  - Infestación de insectos
  - Moho
  - Pintura o tuberías con plomo.
  - Calor inadecuado
  - El horno o la estufa no funcionan
  - Detectores de humo inexistentes o que no funcionan
  - Fugas de agua
  - Ninguna de las anteriores

## alimento

3. En los últimos 12 meses, le preocupaba que se le acabara la comida antes de tener dinero para comprar más.3
  - A menudo es cierto
  - A veces es cierto
  - Nunca es verdad
4. En los últimos 12 meses, los alimentos que compró simplemente no duraron y no tenía dinero para comprar más.3
  - A menudo es cierto
  - A veces es cierto
  - Nunca es verdad

## transporte

5. ¿Pospones o descuidas ir al médico por la distancia o el transporte?1
  - Sí
  - No

## utilidades

6. En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad, gas, petróleo o agua ha amenazado con cortar los servicios en su hogar?4
  - Sí
  - No
  - ya apagado

## cuidado de los niños

7. ¿Los problemas para conseguir cuidado infantil le dificultan trabajar o estudiar?5
  - Sí
  - No

## empleo

8. ¿Tienes trabajo?6
  - Sí
  - No

## educación

9. ¿Tienes un título de escuela secundaria?6
  - Sí
  - No

## finanzas

10. ¿Con qué frecuencia esto te describe? No tengo suficiente dinero para pagar mis cuentas:7
  - Nunca
  - Casi nunca
  - A veces
  - A menudo
  - Siempre

## seguridad personal

11. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares, lo lastima físicamente?8
  - Nunca (1)
  - Casi nunca (2)
  - A veces(3)
  - Bastante a menudo (4)
  - Frecuentemente (5)
12. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares, te insulta o te menosprecia?8
  - Nunca (1)
  - Casi nunca (2)
  - A veces(3)
  - Bastante a menudo (4)
  - Frecuentemente (5)



13. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares, lo amenaza con hacerle daño?8

- Nunca (1)
- Casi nunca (2)
- A veces (3)
- Bastante a menudo (4)
- Frecuentemente (5)

14. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos tus familiares, te grita o te maldice?8

- Nunca (1)
- Casi nunca (2)
- A veces (3)
- Bastante a menudo (4)
- Frecuentemente (5)

### asistencia

15. ¿Le gustaría ayuda con alguna de estas necesidades?

- Sí
- No

### INSTRUCCIONES DE PUNTUACIÓN:

**Para las preguntas sobre vivienda, alimentación, transporte, servicios públicos, cuidado infantil, empleo, educación y finanzas: las respuestas subrayadas indican una respuesta positiva a una necesidad social para esa categoría.**

**Para las preguntas de seguridad personal: Un valor superior a 10, cuando se suman los valores numéricos de las respuestas a estas preguntas, indica una respuesta positiva a una necesidad social de seguridad personal.**

Suma de las preguntas 11 a 14: \_\_\_\_\_

Más de 10 equivale a una evaluación positiva para la seguridad personal.

### referencias

1. [https://www.va.gov/HOMELESS/Universal\\_Screener\\_to\\_Identify\\_Veterans\\_Experiencing\\_Housing\\_Instability\\_2014.pdf](https://www.va.gov/HOMELESS/Universal_Screener_to_Identify_Veterans_Experiencing_Housing_Instability_2014.pdf)
2. Nuruzzaman N, Broadwin M, Kourouma K, Olson DP. Hacer de los determinantes sociales de la salud una parte rutinaria de la atención médica. J Atención sanitaria Pobres desatendidos. 2015;26(2):321-327.
3. Hager ER, Quigg AM, Black MM, et al. Desarrollo y validez de un cribado de 2 ítems para identificar familias en riesgo de inseguridad alimentaria. Pediatría. 2010;126(1):e26-e32.
4. Cook JT, Frank DA, Casey PH y otros. Un breve indicador de la seguridad energética del hogar: asociaciones con la seguridad alimentaria, la salud infantil y el desarrollo infantil en bebés y niños pequeños de EE. UU. Pediatría. 2008;122(4):e867-e875.
5. Vigilancia de la salud infantil. Final: encuesta de Children's Healthwatch de 2013. <http://www.Childrenshealthwatch.org/methods/our-survey/>. Consultado el 3 de octubre de 2018.
6. Garg A, Butz AM, Dworkin PH, Lewis RA, Thompson RE, Serwint JR. Mejorar la gestión de los problemas psicosociales familiares en las visitas de atención infantil de niños de bajos ingresos: el proyecto WE CARE. Pediatría. 2007;120(3):547-558.
7. Aldana SG, Liljenquist W. Validez y confiabilidad de una encuesta sobre tensión financiera. Plan J Financ Couns. 1998;9(2):11-19.
8. Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. HITS: una breve herramienta de detección de violencia doméstica para su uso en un entorno de práctica familiar. Familia Med. 1998;30(7):508-512.

Restricciones de uso: los materiales de EveryONE Project tienen derechos de autor. Al descargar cualquiera de estos materiales, usted acepta que solo utilizará los materiales de The EveryONE Project con fines educativos y de promoción de la equidad en salud. Los materiales del Proyecto EveryONE no pueden modificarse de ninguna manera y no pueden usarse para declarar o implicar el respaldo de la AAFP a ningún bien o servicio.





Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

### Cuestionario de Detección de Drogas (DAST)

El uso de drogas puede afectar su salud y algunos medicamentos que puede tomar. Por favor, ayúdenos a brindarle la mejor atención médica respondiendo las preguntas a continuación.

¿Qué drogas recreativas has consumido en el último año? (Marque todo lo que corresponda)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Metanfetaminas (speed, cristal)                | <input type="checkbox"/> Cocaína  |
| <input type="checkbox"/> Cannabis (marihuana, marihuana)                | <input type="checkbox"/> Narcóticos (heroína, oxicodona, metadona, etcétera). |
| <input type="checkbox"/> Inhalantes (diluyente de pintura, aerosol, peg | <input type="checkbox"/> Alucinógenos (LSD, hongos)                           |
| <input type="checkbox"/> Tranquilizantes (valium)                       | <input type="checkbox"/> Otro _____   |

¿Con qué frecuencia ha consumido estos medicamentos?

Mensualmente o menos

Semanal

Diariamente o casi a diario

NO      Sí

	NO	Sí
1. ¿Ha consumido otros medicamentos además de los necesarios por razones médicas?		
2. ¿Abusa (usa) más de una droga a la vez?		
3. ¿Eres incapaz de dejar de consumir drogas cuando quieres?		
4. ¿Alguna vez has tenido desmayos o flashbacks como resultado del consumo de drogas?		
5. ¿Alguna vez te has sentido mal o culpable por tu consumo de drogas?		
6. ¿Tu cónyuge (o tus padres) alguna vez se quejan de tu participación en las drogas?		
7. ¿Has descuidado a tu familia debido a tu consumo de drogas?		
8. ¿Ha participado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas?		
9. ¿Alguna vez has experimentado síntomas de abstinencia (te has sentido enfermo) cuando dejaste de tomar drogas?		
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su consumo de drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrado)?		

¿Te inyectas drogas?

Sí

No

¿Alguna vez has estado en tratamiento por un problema de drogas?

Sí

No

# AUDITORÍA





## Introducción

La Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) es una herramienta de detección de 10 ítems desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para evaluar el consumo de alcohol, las conductas de consumo de alcohol y los problemas relacionados con el alcohol. Se proporcionan tanto una versión administrada por un médico (página 1) como una versión de autoinforme del AUDIT (página 2). Se debe alentar a los pacientes a que respondan las preguntas del AUDIT en términos de bebidas estándar. Se incluye como referencia un cuadro que ilustra la cantidad aproximada de tragos estándar en diferentes bebidas alcohólicas. Se considera que una puntuación de 8 o más indica un consumo peligroso o nocivo de alcohol. El AUDIT ha sido validado en todos los géneros y en una amplia gama de grupos raciales/étnicos y es muy adecuado para su uso en entornos de atención primaria. La OMS ha publicado directrices detalladas sobre el uso del AUDIT y están disponibles en línea: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who\\_msd\\_msb\\_01.6a.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf)

## Prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol: versión de autoinforme

PACIENTE: Debido a que el consumo de alcohol puede afectar su salud y puede interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su consumo de alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto. Coloque una X en la casilla que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	0	1	2	3	4	
1. ¿Con qué frecuencia tomas alguna bebida que contenga alcohol?	Nunca menos	Mensual o	2-4 veces al mes	2-3 veces por semana	4 o más veces por semana	
2. ¿Cuántas bebidas que contienen alcohol toma en un día normal cuando bebe?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia tomas seis o más tragos en una ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanalmente	Diario o casi diario	
4. ¿Con qué frecuencia durante el último año se ha dado cuenta de que no podía dejar de beber una vez que había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanalmente	Diario o casi diario	
5. ¿Con qué frecuencia durante el último año no logró hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a la bebida?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanalmente	Diario o casi diario	
6. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado un primer trago por la mañana para recuperarse después de una sesión de consumo excesivo de alcohol?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanalmente	Diario o casi diario	
7. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha tenido sentimiento de culpa o remordimiento después de beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanalmente	Diario o casi diario	
8. ¿Con qué frecuencia durante el último año no ha podido recordar lo que pasó la noche anterior debido a su consumo de alcohol?	Nunca	Menos de mensual	Mensual	Semanalmente	Diario o casi diario	
9. ¿Usted o alguien más ha resultado herido a causa de su consumo de alcohol?	No		Sí, pero no en el último año.		Sí, durante el último año.	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud se ha preocupado por su consumo de alcohol o le ha sugerido que lo reduzca?	No		Sí, pero no en el último año.		Sí, durante el último año.	
					<b>Total</b>	

ESTÁNDAR BEBER EQUIVALENTES	APROXIMADO NÚMERO DE BEBIDAS ESTÁNDAR EN:
<b>CERVEZA o ENFRIADOR</b>	
<p>12 onzas.</p>  <p>~5% de alcohol</p>	<p>12 onzas. = 1  16 onzas. = 1,3  22 onzas = 2  40 onzas = 3,3</p>
<b>LICOR DE MALTA</b>	
<p>8-9 onzas</p>  <p>~7% de alcohol</p>	<p>12 onzas. = 1,5  16 onzas. = 2  22 onzas = 2,5  40 onzas = 4,5</p>
<b>MESA DE VINO</b>	
<p>5 onzas</p>  <p>~12% de alcohol</p>	<p>una botella de 750 ml (25 oz) = 5</p>
<b>LICORES (licores fuertes) de 80 grados</b>	
<p>1,5 onzas</p>  <p>~40% de alcohol</p>	<p>una bebida mixta = 1 o más*  una pinta (16 oz.) = 11  un quinto (25 onzas) = 17  1,75 litros (59 onzas) = 39</p> <p>*Nota: Dependiendo de factores como el tipo de licor y la receta, una bebida mixta puede contener de una a tres o más bebidas estándar.</p>