



¡Bienvenido a Lakeland Regional Health!

En Lakeland Regional Health, nuestra atención integral de salud conductual para adultos, niños y adolescentes proporciona atención colaborativa y compasiva para quienes acuden a nosotros en busca de ayuda. Nuestros profesionales en salud mental con experiencia esperan con ansias trabajar con usted para ayudarlo a lograr sus metas.

La serie de preguntas que se indican en las siguientes páginas nos ayudan a conocerlo y a entender lo que está experimentando. Si tiene alguna duda sobre estas preguntas o necesita cualquier otra ayuda, infórmele a un miembro de nuestro equipo.

Gracias,

Su equipo de ciencias de salud conductual de Lakeland Regional Health



Fecha de hoy:	
Nombre del paciente (primero, segundo, apellido)	
Nombre de preferencia	Fecha de nacimiento

REMISIÓN E INFORMACIÓN GENERAL

¿Quién lo remitió a nuestra clínica/a este proveedor? _____

¿Cuáles son sus principales preocupaciones o cómo podemos ayudar? _____

¿Durante cuánto tiempo se ha sentido de esta manera? _____

ANTECEDENTES SOCIALES Y DE DESARROLLO

¿En dónde nació y se crió? _____

¿Hubo alguna complicación con su nacimiento o algún retraso de desarrollo conocido? Sí No

Si respondió "Sí", explique: _____

¿Sus padres se divorciaron? Sí No

Si es así, ¿qué edad tenía cuando se divorciaron? _____

Si sus padres se divorciaron, ¿quién lo crió? _____

Describa su infancia? _____

Describa a su madre y su relación con ella:

Como niño: _____

Como adulto/ahora: _____

Edad de la madre: _____ ¿Está viva?: Sí No Causa de la muerte, si falleció: _____

Describa a su padre y su relación con él:

Como niño: _____

Como adulto/ahora: _____

Edad del padre: _____ ¿Está viva? Sí No Causa de la muerte, si falleció: _____



Estado civil Soltero Casado Comprometido En pareja Separado Divorciado Viudo

¿Por cuánto tiempo ha tenido este estado civil? _____

Si está en una relación, describa su relación actual: _____

Describa sus relaciones anteriores? _____

¿Ha tenido algún matrimonio previamente? Sí No Si respondió "sí", explique (cantidad y duración):

¿Tiene hijos? Sí No Si respondió "sí", enumere las edades y el sexo _____

Describa su relación con sus hijos: _____

¿Tiene alguna preocupación con respecto a sus hijos? Sí No

Si respondió "sí", explique: _____

Enumere a todos los que viven con usted: _____

Describa su sistema de apoyo social (p. ej., bueno, deficiente, regular, desea más, ninguno) y con quién es más cercano.

Identidad de género: Mujer Hombre Mujer trans Hombre trans No binario Otro: _____

Identidad sexual: Heterosexual Bisexual Gay/lesbiana En cuestionamiento Otro: _____

ANTECEDENTES EDUCATIVOS

¿El grado más alto que completó? _____ ¿Título universitario y área de estudio? _____

Describa su experiencia escolar (p. ej., promedio académico [Grade Point Average, GPA], recibió servicios especiales, fue víctima de acoso, actividades) _____

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Situación laboral (marque todas las que correspondan): Tiempo completo Tiempo parcial Contrato Estudiante
 Discapacitado Retirado No empleado formalmente Otro: _____

¿Cuál es su profesión? _____

¿Está satisfecho con su lugar de trabajo/situación laboral/profesión/escuela? Sí No

¿Tiene experiencia en el servicio militar? Sí No Si respondió "sí", describa: _____

ANTECEDENTES LEGALES

¿Alguna vez lo han arrestado? Sí No ¿Cuáles fueron los cargos? _____

¿Tiene pendiente algún asunto legal o de custodia de menores? Sí No

Si respondió "sí", describa? _____

LAKELAND REGIONAL HEALTH

BH NEW PATIENT QUESTIONNAIRE
ADULTS - SPANISH

BHPACK-ADULT-SP LRH 04/21 Page 2 of 9

RELIGIÓN/ESPIRITUALIDAD

¿Cree o pertenece a una práctica religiosa o espiritual en particular? Sí No

Si respondió "sí", describa? _____

¿Cuál es el nivel de su participación (p. ej., asistir a los servicios, orar, ir a estudios)? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD CONDUCTUAL

¿Alguien de su familia ha sido diagnosticado o tratado por algún problema de salud mental o uso de sustancias (o se suicidó): Sí No Si respondió "sí", describa: _____

ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD CONDUCTUAL

¿Alguna vez lo han hospitalizado para recibir atención psiquiátrica? Sí No

Si respondió "sí", describa el motivo, cuándo, dónde y la naturaleza del tratamiento. _____

¿Alguna vez ha intentado suicidarse? Sí No Si respondió "sí", ¿cuándo: _____

¿Ha participado en actividades o grupos de autoayuda (p. ej., Alcohólicos Anónimos/Narcóticos Anónimos [Alcoholics Anonymous, AA/Narcotics Anonymous, NA], libros, Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales [National Alliance on Mental Illness, NAMI])? Sí No

Si respondió "sí", describa: _____

Comparta cualquier preferencia u obstáculo relacionado con al tratamiento (p. ej., tiempo, dinero, cuidado infantil, motivación, incertidumbre/midos): _____

¿ACTUALMENTE está bajo atención psiquiátrica o asistiendo a terapia? Sí No

Sí respondió "sí", ¿con quién? _____ Fecha de la última visita: _____

Enumere todos sus medicamentos psiquiátricos actuales:

Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia	Recetado por	¿Lo beneficia?

Enumere todos sus medicamentos psiquiátricos anteriores:

Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia	Recetado por	¿Lo beneficia?

Enumere cualquier terapia ambulatoria/asesoramiento anterior o presente al que haya asistido:

Tipo de terapia (p. ej., para parejas, individual, grupal)	Fechas en las que estuvo en tratamiento	Proveedor

ANTECEDENTES MÉDICOS: Marque cualquiera de los siguientes que le hayan diagnosticado en el pasado.

<input type="checkbox"/> Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Hematomas con facilidad	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Cambio reciente en el peso
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Diálisis renal
<input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco irregular	<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Desmayos/mareos	<input type="checkbox"/> Problemas renales	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea
<input type="checkbox"/> Problema respiratorio	<input type="checkbox"/> Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Trastorno cardíaco congénito	<input type="checkbox"/> Ataque/insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Murmullo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	



Responda las siguientes preguntas		SÍ	NO
1.	En las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido un ataque de ansiedad, siente miedo o pánico repentino?		
2.	¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en las últimas cuatro semanas? _____		
3.	¿Algunos de estos ataques surgen repentinamente de la nada (en situaciones en las que no espera estar nervioso o incómodo)?		
4.	¿Le molestan mucho estos ataques o está preocupado por tener otro?		
5.	Durante su último ataque de ansiedad, ¿tuvo síntomas como dificultad para respirar, sudoración, temblores o su corazón se aceleró, tuvo palpitaciones o se saltó un latido?		
6.	¿Tiene algún miedo específico que le haga sentir temor de forma regular? Si marcó "sí", ¿qué es? _____		
7.	<p>¿Alguna vez en su vida ha tenido alguna experiencia que haya sido tan aterradora, horrible o perturbadora que en el último mes usted: (Marque)</p> <p><input type="checkbox"/> ha tenido pesadillas al respecto o pensó en eso cuando no quería?</p> <p><input type="checkbox"/> ha hecho lo posible por no pensar en ello o se ha esforzado para evitar situaciones que le recordaran el evento?</p> <p><input type="checkbox"/> ha estado constantemente en estado de alerta, atento o se asusta con facilidad?</p> <p><input type="checkbox"/> ha sentido insensibilidad o se ha desconectado de los demás, de las actividades o de su entorno?</p>		
8.	¿Se ha provocado náuseas porque se siente incómodamente lleno?		
9.	¿Le preocupa que haya perdido el control de las cantidades que come?		
10.	¿Ha perdido recientemente más de 14 libras en un período de 3 meses?		
11.	¿Cree que está gordo cuando otras personas dicen que está demasiado delgado?		
12.	¿Diría que la comida domina su vida?		
13.	¿Ha comenzado a preguntarse si su mente no estaba funcionando bien?		
14.	¿Se ha sentido confundido sobre si una experiencia fue real o imaginaria?		
15.	¿Ha visto objetos, personas o animales que nadie más podría ver?		

		SÍ	NO
16.	¿Ha escuchado voces o sonidos que nadie más podía escuchar?		
17.	¿Ha pensado que las personas estaban escuchando sus pensamientos, siguiéndolo o espiándolo?		
18.	¿Le molestan pensamientos, impulsos o imágenes desagradables que se repiten en su mente?		
19.	¿Siente el impulso de demostrar ciertos comportamientos o actos mentales una y otra vez?		
20.	¿Se siente desconectado o distante de sí mismo, su cuerpo, su entorno físico o sus recuerdos?		
21.	¿Bebe alcohol o consume drogas u otras sustancias?		
22.	¿Ha pasado más tiempo bebiendo o consumiendo drogas de lo que se proponía?		
23.	¿Ha sentido que desea o necesita reducir su consumo de alcohol o drogas en el último año?		
24.	¿Alguien ha hecho comentarios sobre su consumo de alcohol o drogas?		
25.	¿Se ha dado cuenta de que piensa mucho en beber o consumir drogas?		
26.	¿Alguna vez ha consumido alcohol o drogas para aliviar un malestar emocional, como la tristeza, la ira o el aburrimiento?		
27.	¿Alguna vez ha descuidado algunas de sus responsabilidades habituales por el consumo de alcohol o drogas?		
28.	Si bebe, ¿cuántas bebidas alcohólicas toma en un día normal? _____		
29.	¿Qué tan a menudo toma cinco o más tragos en una ocasión? _____		
30.	¿Qué tan a menudo consume marihuana, cualquier otra droga o un medicamento recetado para poder drogarse? _____		

31.	<p>¿Alguna vez ha habido un período de tiempo en el que se comportara de manera diferente a la habitual y... (Marque todas las que correspondan):</p>
	<p><input type="checkbox"/> se sintió tan bien o tan hiperactivo que otras personas pensaron que no se comportaba de manera normal o se metió en problemas?</p>
	<p><input type="checkbox"/> estaba tan irritable que le gritaba a las personas o propiciaba peleas o discusiones?</p>
	<p><input type="checkbox"/> sintió mucha más confianza en sí mismo de la habitual?</p>
	<p><input type="checkbox"/> durmió mucho menos de lo habitual y se dio cuenta de que realmente no le hacía falta?</p>
	<p><input type="checkbox"/> hablaba mucho más o mucho más rápido de lo habitual?</p>
	<p><input type="checkbox"/> los pensamientos se movían rápidamente por su mente o no pudo ralentizarla?</p>
	<p><input type="checkbox"/> se distraía tan fácilmente con las cosas de su alrededor que tuvo problemas para concentrarse o mantenerse enfocado?</p>
	<p><input type="checkbox"/> tenía mucha más energía de la habitual?</p>
	<p><input type="checkbox"/> estaba mucho más activo o hizo muchas más cosas de lo habitual?</p>
	<p><input type="checkbox"/> era mucho más sociable o extrovertido de lo habitual? Por ejemplo, ¿llamó a sus amigos en medio de la noche?</p>
	<p><input type="checkbox"/> estaba mucho más interesado en el sexo de lo habitual?</p>
	<p><input type="checkbox"/> se involucró en cosas que eran inusuales para usted o que otras personas podrían haber pensado que eran excesivas, tontas o arriesgadas?</p>
	<p><input type="checkbox"/> gastar dinero lo metió en problemas a usted o a su familia?</p>
32.	<p>Si marcó más de una de las anteriores, ¿alguna de estas situaciones se ha producido durante el mismo período de tiempo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
33.	<p>¿Qué tan problemáticas han sido estas situaciones para usted? Por ejemplo, no poder trabajar; tener problemas familiares, de dinero o legales; participar en discusiones o peleas</p> <p>Encierre en un círculo solo una respuesta.</p> <p><input type="checkbox"/> Sin problemas <input type="checkbox"/> Problema menor <input type="checkbox"/> Problema moderado <input type="checkbox"/> Problema grave</p>

		SÍ	NO
34.	¿Alguno de sus parientes consanguíneos (es decir, hijos, hermanos, padres, abuelos, tías, tíos) ha tenido una enfermedad maniaco-depresiva o un trastorno bipolar?		
35.	¿Alguna vez un profesional de la salud le ha indicado que tiene una enfermedad maniaco-depresiva o un trastorno bipolar?		
36.	En las últimas semanas, ¿ha deseado estar muerto?		
37.	En las últimas semanas, ¿ha pensado que otros estarían mejor si usted estuviera muerto?		
38.	En las últimas semanas, ¿ha pensado en suicidarse?		
39.	¿Alguna vez ha intentado suicidarse? Si respondió "sí", ¿Cómo? _____ ¿Cuándo? _____		
40.	¿Está pensando en suicidarse hoy?		
41.	¿Alguna vez se ha lesionado con el propósito o intención de lastimarse, pero NO con la intención de suicidarse? Si respondió "sí", ¿qué hizo? _____		
42.	¿Tiene pensamientos inmediatos o recientes sobre lastimar a otros?		
43.	¿Alguna vez se siente atemorizado de su pareja?		
44.	¿Alguna vez su pareja le ha gritado o amenazado con lastimarlo/a?		
45.	¿Alguna vez su pareja lo/la ha golpeado, pateado, pegado o lastimado de otro modo?		
46.	¿Alguna vez tu pareja te ha menospreciado, humillado o tratado de controlarte?		



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ MRN: _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3
PARA CODIFICACIÓN DE OFICINAS Add the score for each column	TOTAL + + + = _____			

Si comprobó algún problema, ¿qué tan difícil ha sido para usted hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?

- No es difícil en absoluto
 Algo difícil
 Muy difícil
 Extremadamente difícil

*Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. Arch Intern Med. 2006;166:1092-1097.