

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Persona completando el formulario: _____ Fecha: _____

Peak Vista se compromete a tratar a toda la persona. Como parte de su equipo de atención, queremos ayuda con todos los aspectos de su salud. Por favor, responda a las siguientes preguntas para hacernos saber cómo está.

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia te ha molestado alguno de los siguientes problemas? *(por favor, circule la elección que se aplica a usted)*

	Nunca	Varios Días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
Se ha sentido mal con usted mismo(a) — o que es un fracas o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
¿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
Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

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? *(Por favor, circule su selección de las opciones a continuación.)*

No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
--------------------	-----------------	-------------	------------------------

Estás actualmente en algún dolor físico?	No	Si	Clasificación: ____/10
--	----	----	------------------------

10 = peor dolor imaginable

Ent u vida, ¿alguna vez has tenido una experiencia que fue tan aterradora, horrible, o traumática que, **en el ultimo mes:**

Has tenido pesadillas al respect o lo has pensado cuando no querías?	No	Si
Trató de no pensar en ello o hizo todo lo posible para evitar situaciones que le recordaran?	No	Si
Estaba constantemente en guardia, vigilante o fácilmente sorprendidos?	No	Si
Se sentía entumecido o separado de los demás, actividades, o su entorno?	No	Si
Se sentía culpable o incapaz de dejar de culparse a sí mismo o a otros por ello o cualquier problema que pudiera haber causado?	No	Si

Beber alcohol y consumer drogas puede afectar su salud. Esto es especialmente importante si usted toma ciertos medicamentos. Queremos ayudarle a mantenerse saludable y reducir su riesgo de problemas que pueden ser causados por estas actividades.

Porción estándar de una bebida:

- 12 onzaz de cerveza o enfriador de vino
- 1.5 onzaz de licor a prueba de 80
- 5 onzas de vino
- 4 onzas de brandy, licor o aperitivo



Si tiene **18 años o más**, por favor responda las siguientes preguntas:

¿Cuántas veces durante el ultimo año ha bebido 3 o más bebidas en un día?	Ninguno	1 o más
¿Cuántas veces durante el ultimo año ha consumido una droga o utilizado un medicamento recetado para fines que no son medicos?	Ninguno	2 o más

Si tiene **12 años a 17 años**, por favor responda las siguientes preguntas:

¿Ha consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos sorbos)?	Ninguno	1 o más
¿Ha fumado marihuana o probado hacís?	Ninguno	1 o más
¿Ha usado algún otro tipo de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia? (se refiere a drogas ilícitas, medicamentos de venta libre o de venta con receta médica, asi como sustancias inhalables que alteren su estado mental.)	Ninguno	1 o más
¿Ha viajado, alguna vez, en un carro o vehículo conducido por una persona (o usted mismo/a) que haya consumido alcohol, drogas, o sustancias psicoactivas?	Ninguno	Si
¿Ha usado, alguna vez, bebidas alcohólicas, drogas o sustancias psicoactivas para relajarse, para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo?	Ninguno	Si
¿Alguna vez ha consumido, alcohol, drogas o alguna sustancia psicoactiva mientras estaba solo o sola, sin compañía?	Ninguno	Si

Si tiene alguna pregunta, por favor pregúntele a su proveedor.

Gracias!