



Patient Well-Being Screener

Nombre: _____

Persona completando el formulario: _____

Fecha de Nacimiento: _____ 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 possible 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!