



Department of Psychiatry, Santa Rosa, CA  
Northern California

Name: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

### INTAKE QUESTIONNAIRE

DATE

Imprint Area

Nombre:	
Numero de historia clinica:	
Mejor numero para contactarla/o:	
Se le puede dejar mensaje?	No (por favor marque uno)

Cuál es la razón por la cual usted necesita ayuda ahora?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Que cosas le han ayudado con este problema o problemas?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hay algo específico en esta lista que le puede ayudar? (Por favor marque una o mas opciones:)

Terapia?	Si	No	Puede ser	No estoy segura/o
Medicina?	Si	No	Puede ser	No estoy segura/o
Consejeria?	Si	No	Puede ser	No estoy segura/o

Historia psiquiátrica:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historia de medicinas psiquiátrica? Si No (Anote que tipo de medicina, doce, y fechas si lo sabe)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ha tenido tratamiento terapeutico? Si No (Anote fechas si lo sabe)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hospitalizaciones Psyciatria anteriores? Si No

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

## Imprint Area

"De los siguientes problemas, cual le ha molestado más durante la semana pasada?" Por favor marque su respuesta.	Nada	Un Poquito	A Veces	Muchas Veces	Extremamente
<b>SA Scale 6*</b>	0	1	2	3	4
El miedo a la vergüenza me hace evitar hacer cosas o de hablar con la gente.					
Yo evito actividades en las cuales soy el centro de atención.					
Al ser avergonzado o parecer estúpido son mis peores temores.					
<b>PD Scale 11*</b>					
Me asusto cuando me siento que tiemblo.					
Me asusto cuando me siento mareada/o.					
Me asusto cuando mi corazón palpita rápidamente.					
Me asusto cuando tengo dificultades de respirar.					
<b>PHO Scale 5</b>					
Yo evito (o me siento estresada/o) en situaciones donde me siento atrapada/o o que me pueda dar un ataque de pánico y no haya nadie que me ayude.					
Tengo fobias (miedos excesivos o irrazonables de situaciones u objetos específicos). Describa su tipo de fobia:					
<b>TRA Scale 9</b>					
Cri wpc'xgl "gp'uw'xkf c.'j c'vplf q'wpc'gzi gt kpekc's wg'hwg'o w' "gur cpwuc"q'j qttkdrqA' F wtcpw'gr'no gu'r cucl q'j c'vplf q'cni wpcu'f g'rcu'uki wkp'v'o qngukcu<""					
He tenido pesadillas sobre la experiencia Y he pensado en ella cuando yo no quería.					
He tratado de no pensar en la experiencia o salía de mi camino para evitar situaciones que me recordó la experiencia.					
He estado constantemente en guardia, vigilante, o me asusto fácilmente.					
Me he sentido adormecido o desconectado de la gente, actividades y mis alrededores.					

Name: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

## Imprint Area

Por favor, califique su grado de acuerdo con cada elemento. Por favor marque su respuesta.					
<b>OCD Scale 7</b>	Nada	Un poquito	A Veces	Muchas Veces	Extremamente
	0	1	2	3	4
Me molestan ideas, imagines, o impulsos que son tontos, raros, y horrible y tengo problemas con sacármelos de la mente; o Yo tengo miedo de hacer algo impulsivamente que me pueda causar vergüenza o daño.					
Reviso las cosas demasiado o hago cálculos repetidos.					
Hago las cosas o tareas en un modo ritual o arreglo las cosas exactamente simétricas y repito acciones hasta que sienta que están bien.					
<b>BPD Scale 3</b>					
Tengo comportamientos que dañan mi cuerpo.					
Tengo pensamientos intensos de enojo y se me hace difícil controlarlos.					
Reacciono impulsivamente en modos que son dañosos para mí o dañan mis relaciones.					
<b>SOM Scale 9</b>					
Tengo dolores de cabeza.					
Tengo problemas con el estómago.					
Tengo dolor muscular o articular.					
<b>MA Scale 6</b>					
He tenido días con demasiada energía, sin dormir por días y no me he sentido cansado/a.					
He tenido periodos de euforia o irritación, donde mis pensamientos se van muy rápido y no he podido retardar mis pensamientos.					
Tengo problemas con planes que son grandiosos, gastando dinero, actuando sexualmente y otros comportamientos impulsivos que me parecían bien en el momento					

Name: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

## Imprint Area

Por favor marque si usted está de acuerdo con las siguientes afirmaciones. Por favor marque su respuesta	Nada	Un poquito	A Veces	Muchas Veces	Extremamente
<b>AD Scale 9</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
He visto afectada gran parte de mi vida por la dificultad de acabar proyectos que he empezado.					
He visto afectada gran parte de mi vida por la falta de organización.					
He visto afectada gran parte de mi vida por problemas de enfoque en las tareas.					
He visto afectada gran parte de mi vida por problemas en manejando mi tiempo.					
<b>EDO Scale 3</b>					
Como compulsivamente en exceso (es decir, comer más del doble de lo que otros puedan comer de una sola vez).					
Uso purgas, laxantes, o el ejercicio extremo para controlar mi peso.					
Tengo una historia de no comer para no ganar exceso de peso.					
<b>PSY Scale 2</b>					
Creo que los demás puedan poner los pensamientos en mi cabeza.					
Oigo voces que me hablan o llaman mi nombre cuando no hay nadie alrededor.					
A veces recibo mensajes de la televisión o la radio que se dirigen específicamente a mí.					
<b>SUI Scale 6</b>					
Tengo pensamientos de suicidarme.					
Tengo un plan específico para suicidarme.					
Tengo la intención de suicidarme.					
Tengo pistolas en mi casa.                      Si              No              (marque una)					
Tiene historia de intentos de suicidarse?              Si              No              (marque una)					
<b>IPA Scale 2</b>					
En su relación han habido golpes, gritos, insultos, o amenazas de hacer daño?					
No me siento segura/o en mi propia casa.					

Name: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

Imprint Area

¿Cuánto le han molestado algunos de los siguientes problemas? Por favor marque su respuesta.	Nada	Algunos días	Muy a menudo	Casi todos los días
<b>PHQ9*10</b>	0	1	2	3
Poco interés o placer en hacer cosas?				
Sentirse deprimida/o, o sin esperanza?				
Problema para dormir, mantenerse dormido/a, o duerme demasiado?				
Sentirse cansado/a o tiene poca energía?				
Falta de apetito o comer en exceso?				
Se siente mal con usted misma/o— o que usted es un fracaso y que se ha decepcionado a usted y a su familia?				
Tiene problemas concentrándose en cosas cotidianas, tales como leer el periódico o ver televisión?				
Se mueve o habla tan despacio que la gente se ha dado cuenta? O lo opuesto - estoy tan inquieta/o que me muevo mucho más de lo usual?				
Tiene pensamientos que sería mejor estar muerto/a, o de querer hacerse daño de alguna manera?				
TOTAL PHQ9				
<b>AXFX</b>				
Siento nervios, ansiedad y estoy inquieto.				
Siento no ser capaz de detener o controlar mis preocupaciones.				
Me siento improductivo en el trabajo u otras actividades diarias.				
Tiene problemas para concentrarse en el logro de sus objetivos.				
TOTAL AXFX				
<b>AOQ*11</b>				
PHQ9 plus AXFX ---- TOTAL AOQ				

Name: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

Imprint Area

Alcohol o Uso de Otras Drogas:				
Gp'ñqu'ñko qu'34'o gugu.'j c'cdwucf q'creqj qñ'q'f tqi cu?				
Vkgpg'wuvf 'wp'r tqdrgo c'eqp'f tqi cu'q'creqj qñ?			Uk	No
Uk'wuvf 'vqo c'dgdkf cu'creqj »ñecu.'r qt'hcxqt'kpf ks wg'gn'wuuq *wpc'dgdkf c'gu'gs wxcrgpvq'c'wp'uj qv'f g'heqt. '3'egt xgl c.'q'wp'xcuq'f g'xkpg+ 6'q'o a u'dgdkf cu'r qt'f'c, "5"/"3'r qt'f'c, "1 r qt'f'c, " o gpqu'f g'7'c'rc'ugo cpc				
—ñko c'dgdkf c'vko r q'f'ecpvkf cf ±				
Wuvf 'wuc'f tqi cu'ñpenw' gpf q'o ctkwpc+?				
Gp'ecuq'chko c'xq's wg'f tqi cu?				
Ew'pvq?		Ewcn'ht gewgpek?		
J c'tvcf q'f g'eqt vct'q'tgdclct'gn'wuuq'f g'dgdkf cu'creqj »ñecu'q'f tqi cu?			Uk	No
Ug'j c'ugpvkf q'ktkcf q'gpqcf q'ewcpf q'ig'r tgi wpcp'cegtec'f g'lw'wuuq f g'dgdkf cu'creqj »ñecu'q'wuuq'f g'f tqi cu?			Uk	No
Ug'j c'ugpvkf q'eqp'ugpvkf q'f g'ewr cdkkf cf 'r qt'dgdgt'o wej q'q'vqo ct'f tqi cu?			Uk	No
J c'guvf q'cni wpc'xgl 'gpectegrq'f r qt'vqo ct'f' 'o cpglct'F WK?			Uk	No
Qewr celop:		Go r tguetkq:		
Ew'pvq'vko r q'j c'xkxf q'gp'guv'ia tgc?		—ñko q'i tcf q'f g'gueqrctk celop?		
Wuvf 'gu:	Ecucf q	Rctglc	Uqngtq	Fkxqtekf q Xkwf c
Gvplekf cf?		Tgrki kop?		
<b>F c'vqu'f g'rc'hco kkc</b>				
Nqo dtg	O cts wg'ik'kxgp' "' "eqp'wuvf "'	Gf cf , 'ik'kxgp	Qewr celop	J hwtlc'f g'gplgt o gf cf gu'b gpwngu' *ukj c' +Rqt 'hcxqt'f guetkdc
Gur quq lRctglc				
P K qu				
J c'f'qtqu'o lgo dtqu'f g'rc'hco kkc'eqp'r tqdrgo cu'f g'ucnwf "o gpvcn'Rqt'hcxqt'f guetkdc0				

## Revelación De Confidencialidad Confidentiality Disclosure

### Servicios de Salud Mental y de Dependencia en Sustancias Químicas de KPNC: su derecho a la privacidad / KPNC's Mental Health and Chemical Dependency Services: Your Right to Privacy

El programa de Salud Mental y de Dependencia en Sustancias Químicas (MH/CD) de Kaiser Permanente está firmemente comprometido a proteger su privacidad. El Aviso de Privacidad del norte de California contiene información general acerca de cómo se usa y se protege su información médica. Las leyes federales y estatales protegen la confidencialidad de los datos de Dependencia en Sustancias Químicas. La violación de las leyes federales de confidencialidad relacionadas con los programas de Dependencia en Sustancias Químicas es un delito grave. Las sospechas de violaciones deberán denunciarse a las autoridades correspondientes.

Excepto en ciertas circunstancias limitadas (ver ejemplos más abajo), el programa MH/CD de Kaiser Permanente no puede, sin su permiso escrito, revelar información acerca de su atención a nadie fuera de Kaiser Permanente. Para su privacidad, los registros de psicoterapia de sus visitas al MH/CD se mantienen separados de su registro médico como paciente ambulatorio. No obstante, sin importar el tipo de consulta, por su seguridad personal, en su registro médico se incluyen sus visitas por medicamentos, la lista de medicamentos, los resultados de laboratorio, una descripción de los resultados de los medicamentos y los pronósticos, ya sea en formato impreso o electrónico.

### Coordinación de la atención

En Kaiser Permanente el personal de servicio del MH/CD es considerado como si fuera un solo departamento: el Departamento de Psiquiatría. Por lo tanto, el personal de Salud Mental y el de Dependencia en Sustancias Químicas dentro del Departamento puede compartir cualquier información del MH/CD entre sí, sin contar con su permiso por escrito. Sin embargo, los reglamentos de revelación de información por fuera del Departamento de Psiquiatría son diferentes para la información de pacientes de Salud Mental que para la información de pacientes de Dependencia en Sustancias Químicas.

Pacientes que sólo reciben atención de Salud Mental: Para la atención de Salud Mental no se requiere su permiso para coordinar su atención con otros proveedores dentro de Kaiser Permanente, como su médico de atención primaria. Los diagnósticos de Salud Mental y las fechas de citas están a disposición de sus otros proveedores de tratamiento de Kaiser Permanente, según lo necesiten saber. Sin embargo, por lo general, hablaremos con usted sobre cualquier necesidad de compartir otra información de salud mental. Al compartir la información sólo compartiremos la información que, a nuestro juicio profesional, creamos que sea necesaria para la atención médica adecuada por parte de ese proveedor.

Pacientes que reciben atención de Dependencia en Sustancias Químicas: Para la atención de Dependencia en Sustancias Químicas (que incluiría la atención de Salud Mental que forme parte de su atención de dependencia), por lo general se necesita su autorización por escrito antes de que se pueda revelar cualquier información sobre el tratamiento para la dependencia a cualquier persona fuera del Departamento de Psiquiatría. Por su seguridad y por la coordinación eficaz de su atención médica, creemos firmemente que es importante que nosotros compartamos la información sobre su tratamiento de Dependencia en Sustancias Químicas con sus otros proveedores de tratamiento de Kaiser Permanente. Para que podamos hacerlo usted debe firmar una autorización por escrito para permitimos compartir con ellos su información como paciente de Dependencia en Sustancias Químicas.

### Excepciones a las reglas de confidencialidad

Algunas veces la ley nos autoriza a revelar información acerca de usted sin su permiso, tal como las revelaciones:

- En emergencias médicas y psiquiátricas en las cuales la información es esencial para la seguridad de la persona
- Para advertir a posibles víctimas de actos violentos
- A personal calificado para auditoría, evaluación de programas o investigación; por ejemplo, encuestas de pacientes
- Para denunciar una sospecha de abuso o abandono infantil
- Para denunciar la comisión de delitos en nuestras instalaciones o contra el personal de nuestro programa
- Para responder a órdenes judiciales que cumplan con las normas para el tipo de dato cubierto por la orden
- En denuncias al Departamento de Vehículos Motorizados debido a pérdidas de conciencia, tal como lo exige la ley

En cualquier momento que tenga inquietudes acerca de su privacidad, lo exhortamos a solicitar una aclaración de su terapeuta o de un miembro del personal.

### Acuso de recibo:

Al firmar con su nombre en el espacio siguiente, usted reconoce que ha leído y entendido este documento.

*(Nota: Si la persona que recibe la atención es menor de edad, entonces un padre o tutor legal reconoce haber leído o entendido este documento. Bajo ciertas circunstancias, los menores de edad pueden consentir por sí mismos al tratamiento sin el permiso de los padres.)*

FIRMADO: FIRMA FECHADA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE	FECHA / DATE
NOMBRE Y RELACIÓN CON EL PACIENTE, EN LETRA DE MOLDE (SI FIRMA UN REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PACIENTE)	FECHA / DATE