

# Cuestionario de Salud Conductual

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Durante las **últimas dos semanas**, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

(marque con un círculo su respuesta y **marque las casillas que le correspondan**)

<i>De ningún modo</i>	<i>Varios días</i>	<i>Más de la mitad de los días</i>	<i>Casi todos los días</i>
-----------------------	--------------------	------------------------------------	----------------------------

1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3	
2. Sentirse triste, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3	
3. <input type="checkbox"/> Dificultad para conciliar el sueño o quedarse dormido, o <input type="checkbox"/> dormir demasiado	0	1	2	3	
4. Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3	
5. <input type="checkbox"/> Poco apetito o <input type="checkbox"/> comer demasiado	0	1	2	3	
6. Sentirse mal con sí mismo o que eres un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3	
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3	
8. <input type="checkbox"/> Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado, o <input type="checkbox"/> lo contrario: estar tan inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual	0	1	2	3	
9. <input type="checkbox"/> Pensamientos de que estaría mejor muerto o <input type="checkbox"/> de hacerse daño de alguna manera	0	1	2	3	<b>Total</b>
(10)	sumar columnas:				

1. Sentirse nervioso, ansioso o en estado de alerta	0	1	2	3	
2. No poder parar o controlar la preocupación	0	1	2	3	
3. Preocuparse demasiado por cosas diferentes	0	1	2	3	
4. Problemas para relajarse	0	1	2	3	
5. Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto	0	1	2	3	
6. Volverse fácilmente molesto o irritable	0	1	2	3	
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3	<b>Total</b>
(8)	sumar columnas:				

<b>C</b>	¿Alguna vez ha sentido la necesidad de <b>reducir</b> su consumo de alcohol o drogas?	No	Sí
<b>A</b>	¿Le ha <b>molestado</b> la gente al criticar su consumo de alcohol o drogas?	No	Sí
<b>G</b>	¿Alguna vez se ha sentido <b>culpable</b> por beber o consumir drogas?	No	Sí
<b>E</b>	¿Alguna vez ha necesitado beber o consumir drogas a primera hora de la mañana para calmar los nervios o para eliminar molestias de una resaca ( <b>Abridor de ojos</b> )?	No	Sí

¿Le gustaría recibir seguimiento por uno de los miembros de nuestro equipo dentro de la siguiente semana para aprender sobre nuestros recursos disponibles? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, que idioma usted prefiere: Inglés \_\_\_\_\_ Español \_\_\_\_\_ Creole \_\_\_\_\_

¿Le gustaría recibir seguimiento por uno de nuestros Trabajadores Sociales para revisar los resultados del cuestionario? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, favor de proveer su mejor número de teléfono o dirección de correo electrónico. Por favor sepa que, si usted no solicita el seguimiento, generalmente no recibirá ninguna de las comunicaciones adicionales.

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Si es por teléfono, ¿Podemos dejarle un mensaje de voz en caso de que usted no conteste? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Los resultados que son graves y/o de riesgo a la vida, suelen ser referidos urgentes a BHS en base a los siguientes resultados:

- PHQ-9:                    0-4 = Leve                    5-14 = Moderado                    15+ = Severo
- GAD-7:                    0-4 = Leve                    5-14 = Moderado                    15+ = Severo
- CAGE-AID: Una respuesta "sí" a una pregunta pudiera indicar un posible trastorno del uso de sustancias y la necesidad de realizar más pruebas

Si ha completado este formulario a través del sitio web de Healthy Lee o sin la presencia de un Trabajador Social Clínico Licenciado, sepa que completar este formulario no sustituye la atención médica. Si cree que pudiera estar en riesgo de lastimarse a sí mismo o a otros, por favor llame al 911 o a la Unidad Móvil de Crisis al (844) 395-4432 de inmediato. El 911 y la Unidad de Crisis Móvil están disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana. **NOTA: Este no es un sitio con personal en donde las respuestas son inmediatas, por favor espere al menos 72 horas para una respuesta.**

Una vez que haya enviado el formulario a través del proceso de envío del sitio web, si ha solicitado una llamada de seguimiento para obtener recursos, o una llamada de un Trabajador Social Clínico Licenciado, por favor espere al menos 72 horas para recibir una respuesta.

Otros

comentarios: \_\_\_\_\_

Entiendo que Healthy Lee es un recurso de la comunidad y no un proveedor de atención médica. Además, entiendo que este documento es solo una herramienta de evaluación y no es ofrecida como tratamiento o consejo de salud mental, médico u otro profesional y no debe sustituir la asistencia profesional si la necesita. Entiendo que es mi responsabilidad consultar con un médico o proveedor de salud mental en caso de que necesite tratamiento y consejo médico.

Por lo tanto, renuncio, absuelvo y descargo para siempre a Healthy Lee, cualquiera de sus socios, cualquiera de sus entidades afiliadas, cualquier agente, sucesores, asignados, representantes personales, ejecutores, herederos y empleados de todo reclamo, acción judicial, demanda o derecho a compensación por daños que pueda reclamar tener o que pueda tener como resultado de actos u omisiones de mi parte o de Healthy Lee como resultado del consejo brindado por Healthy Lee o como resultado de completar este cuestionario.

Firma

Fecha

A menos que la ley exija lo contrario, esta información se mantiene confidencial y solo se utilizará con el fin de brindarle asistencia a usted en la forma de recursos o servicios adicionales en caso de que los solicite.