Loma Linda Psychiatric Medical Group

Formularios de admisión y evaluación clínica

1. Información de evaluación (adultos)

Fecha: _____

Nombre del paciente:

_____

Dirección: _____ Nivel educativo más alto: ☐ Escuela secundaria ☐ Universidad — Especialidad: _____ ¿Se graduó? ☐ Sí ☐ Sin ocupación actual / Escuela: _____ Nombre del empleador / escuela:

_____

Personas que viven en su hogar (incluyéndose a usted mismo)

Nombre /Edad	Sexo	Relación

Parejas importantes fuera del hogar

2. Identificación de síntomas e historial médico.

Fecha: _____

Nombre del paciente:

_____

Problema(s) que se presenta(n) y duración de la experiencia:

Para cada síntoma que se detalla a continuación, indique su gravedad de 0 (ninguno) a 4 (grave).

1. Hechizos de llanto *Puntuación (0–4):* ____
2. Cansancio extremo *Puntuación (0–4):* ____
3. Sentimientos de temor *Puntuación (0–4):* ____
4. Sentimientos de desesperanza/impotencia *Puntuación (0–4):* ____
5. Dolores de cabeza *Puntuación (0–4):* ____
6. Oír voces *Puntuación (0–4):* ____
7. Problemas de control de impulsos *Puntuación (0–4):* ____
8. Pérdida del apetito *Puntuación (0–4):* ____
9. Pérdida de interés en las actividades *Puntuación (0–4):* ____
10. Pérdida de interés en el sexo *Puntuación (0–4):* ____
11. Nerviosismo *Puntuación (0–4):* ____
12. Pesadillas *Puntuación (0–4):* ____
13. Ataques de pánico *Puntuación (0–4):* ____
14. Mala concentración *Puntuación (0–4):* ____
15. Mala memoria *Puntuación (0–4):* ____
16. Tristeza *Puntuación (0–4):* ____
17. Problemas para dormir *Puntuación (0–4):* ____
18. Pensamientos y planes suicidas *Puntuación (0–4):* ____
19. Sospecha *Puntuación (0–4):* ____
20. Pérdida de peso *Puntuación (0–4):* ____
21. Preocuparse todo el tiempo *Puntuación (0–4):* ____
22. Otros *Puntuación (0–4):* ____

¿Alergias?☐Sí ☐No Si la respuesta es sí, enumere:

_____ Historial médico:☐BP☐Diabetes

☐asma☐Coronario☐Quirúrgico☐Otro: _____

Antecedentes psiquiátricos:☐Sí ☐Sin hospitalizaciones psiquiátricas:☐Sí ☐No. ¿Cuántos?: _____ Último:

_____

Antecedentes psiquiátricos familiares:☐Sí ☐No Si la respuesta es sí, ¿quién?:

_____ ¿Qué?: _____

3. Historial de medicación y consumo de sustancias

Fecha: _____

Nombre del paciente:

_____

Altura: _____ pies _____ pulgadas Peso: _____ libras

Medicamentos actuales

Medicamentos e instrucciones	Motivo prescrito	Prescriptor

Otros:

Medicamentos que antes eran ineficaces

Medicamentos e instrucciones	Motivo prescrito	Prescriptor

Otros:

Consumo de sustancias

Para cada artículo, anote la frecuencia, la cantidad, la forma de uso, la edad de inicio/duración y, si corresponde, la duración de la sobriedad y el historial de recaídas.

Cafeína:☐Sí ☐Número de tazas al día: _____

Humo / Tabaco:☐Sí ☐No ☐Nunca Detalles: _____

Alcohol:☐Sí ☐No ☐Nunca Detalles: _____ Drogas:☐Sí ☐No ☐Nunca Detalles: _____

Historia familiar

Drogas:☐Sí ☐No. Si la respuesta es sí, ¿quién?: _____

Alcohol: ☐Sí ☐No. Si la respuesta es sí, ¿quién?: _____

Farmacia

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____

4. Escala de Obsesión-Compulsión de Yale-Brown (Y-BOCS) — Cribado

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

☐Sí ☐No. ¿Tienes pensamientos que te molestan o te generan ansiedad y de los que no puedes deshacerte, por mucho que lo intentes?

☐Sí ☐No. ¿Tienes tendencia a mantener las cosas extremadamente limpias o a lavarte las manos con más frecuencia que la mayoría de la gente?

☐Sí ☐No. ¿Revisas las cosas una y otra vez en exceso?

☐Sí ☐No. ¿Tienes que ordenar, enderezar o limpiar las cosas tanto que interfiere con otras cosas que quieres hacer?

☐Sí ☐No. ¿Te preocupa excesivamente actuar o hablar de forma más agresiva de lo que deberías?☐Sí ☐No. ¿Te resulta muy difícil desechar cosas incluso cuando no tienen ningún valor práctico?

Si respondió Sí a alguna de las preguntas anteriores, complete la escala de gravedad a continuación (0 = ninguno/siempre bajo control, 4 = extremo/sin control).

1. ¿Cuánto tiempo dedicas a pensamientos obsesivos?*0 Ninguno · 1 <1 hora/día · 2 1–3 horas/día · 3 3–8 horas/día · 4 >8 horas/día*
2. ¿En qué medida los pensamientos obsesivos interfieren con el funcionamiento social, laboral o de otro tipo?*0 Ninguno · 1 Leve · 2 Manejable · 3 Sustancial · 4 Extremo*
3. ¿Cuánta angustia te causan tus pensamientos obsesivos?*0 Ninguno · 1 Leve · 2 Moderado · 3 Grave · 4 Casi constante*
4. ¿Cuánto esfuerzo haces para resistir los pensamientos obsesivos?*0 Siempre · 1 La mayoría de las veces · 2 A veces · 3 A menudo · 4 Nunca*
5. ¿Cuánto control tienes sobre tus pensamientos obsesivos?*0 Completo · 1 Mucho · 2 Algo · 3 Poco · 4 Ninguno*
6. ¿Cuánto tiempo dedicas a realizar comportamientos compulsivos?*0 Ninguno · 1 <1 hora/día · 2 1–3 horas/día · 3 3–8 horas/día · 4 >8 horas/día*
7. ¿En qué medida las conductas compulsivas interfieren con el funcionamiento social, laboral o de otro tipo?*0 Ninguno · 1 Leve · 2 Manejable · 3 Sustancial · 4 Extremo*
8. ¿Cuánta ansiedad sentirías si te impidieran realizar tus comportamientos compulsivos?*0 Ninguno · 1 Leve · 2 Moderado · 3 Notorio · 4 Extremo*
9. ¿Cuánto esfuerzo haces para resistir las compulsiones?*0 Siempre · 1 La mayoría de las veces · 2 A veces · 3 A menudo · 4 Nunca*

10. ¿Cuánto control tienes sobre las compulsiones?*0 Completo · 1 Mucho · 2 Algo · 3 Poco · 4 Ninguno*

Puntuación total del clínico: _____ / 40

5. Cuestionario de Trastornos del Estado de Ánimo (MDQ)

Sección Uno

Fecha: _____

Nombre del paciente:

_____

☐Sí ☐No. ¿Alguno de sus familiares consanguíneos ha sido diagnosticado con trastorno bipolar o enfermedad maníaco-depresiva?

☐Sí ☐No. ¿Alguna vez has tenido mucha más energía de lo normal, has dormido muy poco y has participado en actividades que podrían haber sido arriesgadas o peligrosas?

¿Ha habido alguna vez un período en el que no fuese usted mismo habitualmente y…

☐Sí ☐No, ¿te sentiste tan bien o tan hiperactivo que los demás pensaron que no eras tú mismo, o te metiste en problemas?

☐Sí ☐¿No estabas tan irritable que le gritabas a la gente o iniciabas peleas o discusiones?☐Sí

☐No. ¿Te sentiste mucho más seguro de ti mismo de lo habitual?

☐Sí ☐No. ¿Hablaste mucho más de lo normal o mucho más rápido?

☐Sí ☐No, dormiste mucho menos de lo habitual y ¿realmente no lo echaste de menos?

☐Sí ☐¿No te pasaban los pensamientos por la cabeza o no podías calmar tu mente?☐Sí ☐No. ¿Te distraías con tanta facilidad que tenías problemas para concentrarte o mantenerte enfocado?☐Sí

☐No. ¿Tenías mucha más energía de lo normal?

☐Sí ☐No. ¿Estuviste mucho más activo o hiciste muchas más cosas de lo habitual?

☐Sí ☐No. Eras mucho más sociable o extrovertido, por ejemplo, ¿llamabas a tus amigos en mitad de la noche?☐Sí ☐No. ¿Estabas mucho más interesado en el sexo de lo habitual?

☐Sí ☐¿Hiciste cosas que eran inusuales para ti, o que otros podrían haber considerado excesivas, tontas o arriesgadas?

☐Sí ☐¿No? ¿Gastaste tanto dinero que te causó problemas a ti o a tu familia?

Sección Dos

☐Sí ☐No. Si respondió Sí a más de una pregunta de las anteriores, ¿ocurrieron varias de ellas durante el mismo período de tiempo?

Sección Tres

¿Qué tan problemáticos le resultaron estos problemas (por ejemplo, no poder trabajar; problemas familiares, económicos o legales; discusiones o peleas graves)?

☐Ningún problema

☐Problema menor

☐Problema moderado

☐Problema grave

6. Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)

Fecha: _____

Nombre del paciente:

_____

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te han molestado los siguientes síntomas? Califica cada uno: 0 = Nunca, 1 = Varios días, 2 = Más de la mitad de los días, 3 = Casi todos los días.

1. Poco interés o placer en hacer cosas *Puntuación (0–3):* ____
2. Sentirse triste, deprimido o sin esperanza *Puntuación (0–3):* ____
3. Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado.*Puntuación (0–3):* ____
4. Sentirse cansado o tener poca energía *Puntuación (0–3):* ____
5. Falta de apetito o comer en exceso *Puntuación (0–3):* ____
6. Sentirse mal consigo mismo, o pensar que es un fracaso, o que ha decepcionado a sí mismo o a su familia.*Puntuación (0–3):* ____
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer o ver la televisión.*Puntuación (0–3):* ____
8. Moverse o hablar tan despacio que otros lo hayan notado, o lo contrario: estar inquieto o nervioso.*Puntuación (0–3):* ____
9. Pensamientos de que estarías mejor muerto o de hacerte daño de alguna manera.*Puntuación (0–3):* ____

Si marcaste alguno de los problemas anteriores, ¿cuánto te han dificultado realizar tu trabajo, ocuparte de las cosas en casa o llevarte bien con los demás?

☐No es nada difícil

☐Un poco difícil

☐Muy difícil

☐Extremadamente difícil

Puntuación total del clínico: _____ / 27

7. Formulario de consentimiento para la medicación

Fecha: _____

Nombre del paciente:

_____

(Completado por separado por cada médico responsable de la atención continua de este paciente).

Información proporcionada al paciente

El proveedor que suscribe certifica que se ha hablado con el paciente sobre lo siguiente:

1. La naturaleza de la condición del paciente.

2. Los motivos para la medicación recomendada, incluyendo la probable evolución con y sin ella, y que el consentimiento puede retirarse en cualquier momento.
3. Tratamientos alternativos razonables, si los hubiere.
4. El tipo, la dosis, la frecuencia, la vía de administración y la duración prevista del medicamento.
5. Efectos secundarios comunes y cualquier efecto secundario que sea de particular preocupación para este paciente.
6. Para medicamentos tomados durante más de tres meses: posibles efectos adicionales, incluidos movimientos involuntarios persistentes de la cara, la boca, las manos o los pies (discinesia tardía), que pueden ser irreversibles y pueden aparecer incluso después de suspender el medicamento.
7. Si se proporcionó información escrita sobre la medicación: ☐ Sí ☐ El paciente se negó

Firma del proveedor / Fecha Nombre impreso

Reconocimiento y consentimiento del paciente

Al firmar a continuación, reconozco que: he participado en la discusión y planificación de mi tratamiento farmacológico; la información anterior me ha sido explicada y la entiendo; puedo consultar cualquier duda con mi médico en cualquier momento; nada de lo aquí expuesto impide que un médico actúe en caso de emergencia; y puedo retirar este consentimiento en cualquier momento comunicándose a un miembro del equipo de tratamiento.

_____

Nombre y firma