

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9: Modificado

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: ¿Qué tan a menudo ha sentido cada uno de los siguientes síntomas durante las **dos últimas semanas**? Por cada síntoma escriba una "X" en el cuadro que mejor describe como se siente.

	(0) Ninguno	(1) Varios Días	(2) Mas de la Mitad de los Días	(3) Casi Todos los Días
1. ¿Se siente deprimido, irritado, o sin esperanza?				
2. ¿Poco interés or placer para hacer cosas?				
3. ¿Tiene dificultad para dormirse, quedarse dormido, o duerme demasiado?				
4. ¿Poco apetito, perdida de peso, o come demasiado?				
5. ¿Se siente cansado o tiene poca energía?				
6. ¿Se siente mal por usted mismo-o siente que es un fracasado, o que le ha fallado a su familia y a usted mismo?				
7. ¿Tiene problema para concetrarse en cosas tales como tareas escolares, leer, o ver televisión?				
8. ¿Se mueve o habla tan lentamente que las otras personas pueden notarlo? ¿O al contrario-esta tan inquieto que se mueve mas de lo usual?				
9. ¿Pensamientos que estaría mejor muerto o de hacerse daño usted mismo de alguna manera ?				

¿En el año pasado se ha sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aun cuando se siente bien algunas veces?

Si No

Si usted esta pasando por cualquiera de los problemas mencionados en este formulario, ¿qué tan difícil estos problemas le causan para hacer su trabajo, hacer las cosas de la casa, o relacionarse con las demás personas?

No difícil Un poco difícil Muy difícil Sumamente difícil

¿En el mes pasado hubo algún momento donde usted pensó seriamente en terminar con su vida?

Si No

¿Alguna vez en su vida, trato de matarse o trato de suicidarse?

Si No

****Si usted piensa que estaría mejor muerto o piensa hacerse daño de alguna manera, por favor hable sobre esto con el Clínico de Atención de Salud, o vaya a la sala de emergencia de un hospital o llame al 911.**

Para uso de la oficina solamente: Severity score: _____

Translated by the Asian/American Center of Queens College with funds provided by the Queens Borough President Helen Marshall.
Modified with permission by the GLAD-PC team from the PHQ-9 (Spitzer, Williams, & Kroenke, 1999), Revised PHQ-A (Johnson, 2002), and the CDS (DISC Development Group, 2000)

Patient Name: _____ DOB: _____

Date: _____

Lead Risk Assessment

1. Su niño(a) vive o visita casa o apto que ha sido construido antes del año 1978? **Si / No**
2. Su niño(a) vive o visita casa o apto que ha sido remodelada o han removido pintura? **Si / No**
3. Su niño(a) vive o visita con frecuencia a alguien que tenga o haya tenido el nivel del plomo en la sangre elevado? **Si / No**
4. Su niño(a) vive con algún adulto que trabaje o este expuesto al plomo? **Si / No**
5. Su niño(a) come o mastica productos relacionados con pinturas o tierra? **Si / No**
6. Su niño(a) vive cerca de una planta de reciclaje de baterías u otra industria que suelte plomo? **Si / No**
7. Su niño(a) recibe medicinas como Greta, Azarcon, Kohl o Pay-loo-ay? **Si / No**

Evaluación de riesgo de tuberculosis (TB)

Marque con un círculo Sí o No.

1. ¿El niño presenta algún síntoma de TB (tos, fiebre, sudoración nocturna, pérdida del apetito, pérdida de peso o fatiga) o una radiografía de tórax anormal? **Si / No**
2. ¿El niño ha permanecido en contacto directo con alguna persona que padece tuberculosis activa? **Si / No**
3. ¿El niño nació fuera de los Estados Unidos o viajó fuera de los Estados Unidos? **Si / No**
4. ¿El niño convive con algún miembro del hogar que haya nacido fuera de los Estados Unidos o que haya viajado fuera de los Estados Unidos? **Si / No**
5. ¿El niño está expuesto a alguna persona que
 - Se encuentre actualmente en prisión o que haya pasado los últimos cinco años en prisión? **Si / No**
 - Padezca VIH?
 - No posea hogar?
 - Viva en un hogar comunitario?
 - Consuma drogas ilegales?
 - Sea un trabajador agrícola migrante?
6. ¿El niño padece VIH, corre el riesgo de padecer VIH o cualquier otro tipo de problema de salud que debilite el sistema inmunológico? **Si / No**
7. ¿El niño/adolescente está en prisión o alguna vez estuvo en prisión? **Si / No**

Evaluación de la hemoglobina

1. Tiene su hijo(a) historia de prematuridad o bajo peso al nacer? **Si / No**
2. Tiene su hijo(a) alguna problema de alimentación y/o aumento repentino de peso o pérdida de peso? **Si / No**
3. Tiene su hijo(a) alguna enfermedad crónica o pérdida de sangre importante? **Si / No**

Las Preguntas CARLOS (CRAFFT)

Por favor responda a todas las preguntas *con la mayor sinceridad* posible; sus respuestas serán tratadas *de forma confidencial*

Nombre _____

Medical Record or ID Number _____ Date _____

Parte A

Durante los últimos doce meses:

	No		Sí	
1. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos sorbos)?	<input type="checkbox"/>	} Si respondió con un NO las tres primeras preguntas (A1, A2, A3), pase ahora a la pregunta B1	<input type="checkbox"/>	} Si respondió con un SÍ a CUALQUIERA de las tres primeras preguntas (A1, A2, A3), pase ahora a las preguntas B1 a B6
2. ¿Ha fumado marijuana o probado hachís ?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3. ¿Ha usado algún otro tipo de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

El término *algún otro tipo* se refiere a drogas ilícitas, medicamentos de venta libre o de venta con receta médica, así como a sustancias inhalables que alteren su estado mental.

Parte B (CARLOS)

	No		Sí	
1. ¿Ha viajado, alguna vez, en un CARRO o vehículo conducido por una persona (incluyéndolo a usted) que haya consumido alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	←
2. ¿Le han sugerido, alguna vez, sus AMIGOS o su familia que disminuya el consumo de alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	←
3. ¿Ha usado, alguna vez, bebidas alcohólicas, drogas o sustancias psicoactivas para RELAJARSE , para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	←
4. ¿Se ha metido, alguna vez, en LIOS o problemas al tomar alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	←
5. ¿Ha OLVIDADO , alguna vez, lo que hizo al tomar alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	←
6. ¿Ha consumido, alguna vez, alcohol, drogas o alguna sustancia psicoactiva, encontrándose SOLO y sin compañía?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	←

NOTA SOBRE EL CARÁCTER CONFIDENCIAL DE LA INFORMACIÓN La información incluida en esta página puede estar protegida por normas federales sobre confidencialidad (42 CFR Parte 2) que prohíben su divulgación, a no ser que medie una autorización escrita para el caso específico. NO basta con que se cuente con una autorización generalizada en materia de divulgación de la información médica.

© Children's Hospital Boston, 2009.

Reproducción autorizada por el Center for Adolescent Substance Abuse Research, CeASAR, Children's Hospital Boston. La reproducción CRAFFT fue posible, gracias al apoyo de la Massachusetts Behavioral Health Partnership.