

Family Doctors of North Port

Erick Mejia, D.O.

14279 S. Tamiami Trail North Port, Fl 34287

(941) 263-2050

Fax: 888-714-0214

FAMILYDOCTORSOFNORTHPORT.COM

Por favor, traiga lo siguiente a su **primer turno**:

1. **Documentación completamente llenada**. Si no corresponde en su caso, colocar N/A.
2. **Todos los medicamentos y suplementos** que tome en los **envases originales**.
3. **Listado de todos los médicos** que pueda haber visto en los últimos dos años. **Incluya el nombre y el número de teléfono** para que podamos solicitar registros.
4. Bríndenos **el nombre y el número de teléfono** de su **farmacia local**.
5. Su **credencial de seguro médico actual**, necesitamos actualizar esta información de forma anual.

Gracias,

Los médicos y el personal de Family Doctors of North Port

Para agradecer adecuadamente a sus amigos y conocidos, marque todo lo que corresponda:

¿Cómo supo acerca de nosotros?

Amigo o pariente _____ Nombre

Carta o postal

Publicidad en el periódico

Publicidad en línea

Humana.com

Medicare.gov

Agente del seguro _____ Nombre

Cartelera

TV o publicidad por radio

Boletín de la comunidad

Si es miembro de Humana, ¿cómo se inscribió?

Agente En línea Charla educativa Teléfono Llamado a Medicare

Si se inscribió con un agente, ¿cuál es su nombre? _____

Family Doctors of North Port

Responsabilidad financiera

Comprendo que soy financieramente responsable de todos los gastos, sean o no pagados por dicho seguro. Es mi responsabilidad pagar cualquier monto deducible adeudado al momento del servicio o cualquier otro saldo no pagado por mi seguro dentro de los 30 días. Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para determinar los beneficios pagaderos a los servicios relacionados. Al firmar este formulario, por la presente doy mi consentimiento a Family Doctors of North Port para realizar un tratamiento médico.

Política de renovación de recetas

Los médicos de Family Doctors of North Port están disponibles para emergencias las 24 horas del día. Las renovaciones de recetas, sin embargo, no deben considerarse emergencias médicas. Las renovaciones de recetas se deben tratar con el médico durante su visita al consultorio o por teléfono con un asistente médico durante el horario laboral normal de lunes a viernes.

Autorización del seguro, cesión y garantía de pago

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare u otras compañías de seguro se realice en mi nombre a Family Doctors of North Port por cualquier servicio que me brinde la parte que acepta la cesión. Se aplicarán las normas relativas a la cesión de beneficios de Medicare.

Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica o de cualquier otro tipo a revelar cualquier información necesaria para este u otro reclamo relacionado con Medicare u otro reclamo de otra compañía de seguros a la Administración del Seguro Social, una administración de atención médica o a intermediarios de aseguradoras. Permití que se usara una copia de esta autorización en lugar de la original y solicito el pago de los beneficios del seguro médico a mí o a la parte que acepta la cesión. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica de cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar mi tratamiento. (El artículo 1128B de la ley del Seguro Social y los artículos 3801 - 3812 del título 31 del Código Federal de los EE.UU. (U.S.C.) establecen sanciones por retener esta información).

Solicito que el pago de Medicare u otro programa de seguro médico se realice a Family Doctors of North Port durante el tiempo que continúe recibiendo sus servicios. En caso de recibir algún cheque / pago de parte de Medicare y / u otra (s) compañía (s) de seguros destinado a pagar los servicios prestados por Family Doctors of North Port, lo endosaré de inmediato y se lo entregará a Family Doctors of North Port.

Entiendo que soy responsable del pago de todos los cargos y tarifas a Family Doctors of North Port que tiene derecho a cobrar y que no son pagados por Medicare u otro seguro.

Nombre del paciente en imprenta

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha

Family Doctors of North Port

Autorización del paciente para el uso y la divulgación de Información Protegida de Salud (PHI) para los fines solicitados por el centro. (Autorización conforme a la ley HIPAA)

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____
(Letra imprenta)

Al firmar la presente, autorizo a Family Doctors of North Port a revelar / divulgar mi información médica, historial médico; notas de evolución con diagnóstico; datos de laboratorio; estudios de imágenes e información sobre reclamos. “Solo según lo permita o requiera la ley federal o estatal”, podremos utilizar su Información Protegida de Salud para hacer lo siguiente:

- Para divulgar, según sea necesario, su información médica (incluido el estado de VIH + / SIDA, notas de abuso / dependencia de drogas / alcohol y notas de salud mental calificadas) a otros proveedores de atención médica y entidades de atención médica (como: Derivaciones o consultas con otros profesionales de la salud, laboratorios, hospitales, etc.) u otros, según lo requiera la ley o una orden judicial con respecto a su tratamiento, pago o atención médica.
- Para solicitar a otras entidades de atención médica y / o proveedores de atención médica (es decir, médicos, dentistas, hospitales, laboratorios, centros de imágenes, etc.) información de atención médica específica que podamos necesitar para planificar su atención o tratamiento.
- Para enviar la información necesaria a su (s) compañía (s) de seguros para la verificación de la cobertura, así como la información de diagnóstico y tratamiento a su (s) compañía (s) de seguros, otras agencias y / o individuos para el pago de nuestros servicios y tratamiento que le brindamos.
- Para comentar su información de pago de atención médica (solo el mínimo necesario a nuestro juicio) con miembros de la familia u otras personas que estén o puedan estar involucradas con su tratamiento o pagos de atención médica.
- Para dejar recordatorios de citas u otra información mínima necesaria relacionada con su atención médica o pagos de atención médica en su contestador automático, correo de voz móvil o correo de texto, correo electrónico o con un miembro de su familia.

Marque aquí si no desea que dejemos mensajes en su contestador automático o con un miembro de su familia.

Marque aquí si no desea que dejemos un mensaje de voz / texto en su dispositivo móvil.

Marque aquí si autoriza a enviar su información de atención médica por correo electrónico (por favor comprenda que el correo electrónico puede ser un medio de transmisión no seguro y es potencialmente accesible para otras personas).

Además de marcar la casilla, nos reservamos el derecho de solicitarle autorización para la transmisión de su información de atención médica a través de un correo electrónico no seguro.

- Puede solicitar una copia de su derecho a leer nuestra Notificación sobre la Política de Privacidad del Paciente antes de firmar esta autorización. La Política de Privacidad del Paciente proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información médica.

Esta información se puede divulgar a:

Mi cónyuge / pareja _____
Nombre(s) Teléfono#

Mi(s) hijo(s) _____
Nombre(s) Teléfono#

Otros _____
Nombre(s) Teléfono#

La información no podrá ser revelada a ninguna persona.

La presente declaración de Divulgación de Información permanecerá en vigencia hasta que sea rescindida por mí por escrito. Mi revocación por escrito deberá ser enviada a **Family Doctors of North Port 8050 Seminole Blvd. Suite A, Seminole FL 33772**. Este centro no recibirá pago u otra remuneración de un tercero a cambio de usar o divulgar la Información Protegida de Salud. No tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento de Family Doctors of North Port. De hecho, tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. Cuando mi información se usa o divulga de conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a que el destinatario vuelva a divulgarla y es posible que ya no esté protegida por la Regla de Privacidad de la Ley Federal HIPAA.

Firma _____
Firma del paciente o tutor legal

Fecha ____/____/____

Política de Privacidad

Es la política de nuestro centro que todos los médicos y el personal preserven la integridad y la confidencialidad de la Información Protegida de Salud (PHI) perteneciente a nuestros pacientes. El propósito de esta política es asegurar que nuestro centro, nuestros médicos y el personal tengan la Información de Salud Protegida y médica necesaria para brindar la más alta calidad de atención médica posible. Nuestro establecimiento siempre protegerá la confidencialidad de la Información Protegida de Salud de nuestros pacientes en el mayor grado posible. Los pacientes no deben tener miedo de proporcionar información a nuestro centro, a los médicos y al personal para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica (TPO).

Con ese fin, nuestro centro, sus médicos y nuestro personal deberán:

- Respetar los estándares establecidos en la Notificación sobre la Política de Privacidad
- Recopilar, usar y divulgar Información Protegida de Salud solo de conformidad con las leyes estatales y federales y los convenios y / o autorizaciones actuales de los pacientes, según corresponda. Nuestro centro, sus médicos y el personal no usarán ni divulgarán Información Protegida de Salud para usos fuera de los TPO de nuestro centro; tales como marketing, empleo, solicitud de seguros de vida, etc. sin una autorización del paciente.
- Usar y divulgar Información Protegida de Salud para recordar a los pacientes sus citas a menos que nos indiquen que no lo hagamos.
- Reconocer que la Información Protegida de Salud recopilada sobre los pacientes debe ser precisa, oportuna, completa y estar disponible cuando sea necesario.
- Nuestro centro, sus médicos y el personal implementarán medidas razonables para proteger la integridad de toda la Información Protegida de Salud mantenida sobre los pacientes.
- Reconocer que los pacientes tienen derecho a la privacidad. Nuestro centro, sus médicos y el personal respetarán la dignidad individual del paciente en todo momento. Nuestro centro, sus médicos y el personal respetarán la privacidad del paciente en la medida en que sea compatible con una atención médica de la más alta calidad posible y con la administración eficiente del centro.
- Actuar como administradores de información responsables y tratar toda la Información Protegida de Salud como información sensible y confidencial. Tratar todos los datos de Información Protegida de Salud como confidenciales de acuerdo con la ética profesional, los estándares de acreditación y los requisitos legales. No divulgar datos de Información Protegida de Salud a menos que el paciente haya autorizado debidamente la divulgación o la ley autorice de otra manera la divulgación.

Family Doctors of North Port

Política de Privacidad - Continuación

- Reconocer que, aunque nuestro centro “es propietario” del registro médico, el paciente tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su PHI. Ello podría generar un costo de acuerdo con la Regla 64B8-10.003 del Código Administrativo de Florida. Además, los pacientes tienen derecho a solicitar una modificación a su registro médico si creen que su información es inexacta o incompleta.
- Permitir que nuestros pacientes accedan a sus registros médicos cuando nuestro centro apruebe su solicitud por escrito. Si denegamos su solicitud, debemos informar a los pacientes que pueden solicitar una revisión de nuestra denegación. En tales casos, haremos que un profesional de la salud en el lugar revise la apelación del paciente,
- Brindar al paciente la oportunidad de solicitar la corrección de la Información de Salud Protegida inexacta o incompleta en sus registros médicos de acuerdo con la ley y los estándares profesionales.
- Todos los médicos y el personal de nuestro centro mantendrán una lista de ciertas divulgaciones de Información de Salud Protegida para fines distintos a los TPO para cada paciente y las que se realicen de conformidad con una autorización según lo requieren las reglas de la Ley HIPPA. Proporcionaremos esta lista al paciente cuando la solicite, siempre que la solicitud sea por escrito.
- Todos los médicos y el personal de nuestro centro deberán respetar esta política. Nuestro centro no tolerará ninguna violación de esta política. La violación de esta política será justificación suficiente para tomar medidas disciplinarias, de conformidad con las normas y reglamentos de nuestro centro.

Nuestro centro podrá modificar la presente política en el futuro. Cualquier cambio efectuado entrará en vigencia a partir de la publicación de una Política de Privacidad revisada. Como siempre, la Política de Privacidad se encontrará disponible a solicitud de los pacientes.

En vigencia desde 2016

Family Doctors of North Port

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO POR ESCRITO DE LA RECEPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN SOBRE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Quien suscribe, _____, afirma haber recibido una copia de la Notificación sobre la Política de Privacidad de Family Doctors of North Port.

Firma del paciente

Fecha

Family Doctors of North Port

Marque una de las oficinas de arriba
Divulgación de Información Médica

Quien suscribe, _____, con fecha de nacimiento el _____, brinda su autorización para que
(Nombre del paciente) (Fecha de nac)

_____ entregue sus registros médicos (como se indica a continuación) al médico
(Nombre del médico u hospital que tiene los registros)

y/u organización antes mencionados para que pueda entender mejor su problema de salud y continuar con su atención médica.

Autorización para obtener información confidencial

Al colocar mis iniciales en cada punto a continuación, entiendo que otorgo mi autorización para que se envíen registros que puedan contener información sobre:

(Escriba sus iniciales en TODAS las líneas)

_____ Mi salud mental
_____ Enfermedades de transmisión que pueda tener como el VIH / SIDA,
_____ Registros genéticos y / o
_____ Registros de consumo de drogas y alcohol.

Entiendo que:

- No tengo que dar mi permiso para compartir estos registros.
- Si quiero quitarle el permiso a mi médico para obtener estos registros, necesito hablar con mi médico o un miembro del personal y firmar un documento.
- Este formulario solo es válido por 3 meses a partir de la fecha en que lo firmo.

Tipos de registros que estamos solicitando

- Todos los tipos de registros que se tengan de este paciente
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notas de visitas al médico | <input type="checkbox"/> Órdenes médicas |
| <input type="checkbox"/> Notas de la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Notas de las enfermeras |
| <input type="checkbox"/> Notas de atención de urgencia | <input type="checkbox"/> Resumen del alta |
| <input type="checkbox"/> Registros físicos y antecedentes | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Notas de evolución del hospital | <input type="checkbox"/> Informes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Notas de operaciones o procedimientos | <input type="checkbox"/> Consultas |
| <input type="checkbox"/> Notas clínicas | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología | |

Nombre completo del paciente _____
(Letra imprenta)

Número de Seguro Social: del paciente _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del representante autorizado _____ Fecha _____

Relación del representante autorizado _____

Family Doctors of North Port

SOLO para pacientes de HUMANA HMO

Comprenda su seguro médico y el proceso de derivación:

Si el plan de seguro que ha seleccionado es una HMO o un plan de atención médica administrada.

1. Su médico de atención primaria (PCP) podrá evaluar el panorama general de su salud en general. Esto le permite a su proveedor tomar las mejores decisiones en el manejo de su salud y bienestar.
2. Su médico de atención primaria puede brindarle la mayor parte de su atención, si necesita un especialista, su PCP administra la atención que recibe de estos especialistas de atención médica dentro de la red.
3. Su médico de atención primaria debe emitir una derivación antes de que vea a cualquier especialista.
4. Su médico de atención primaria elegirá al especialista que mejor se adapte a sus necesidades dentro de su red HMO.
5. Dentro de la HMO hay un número selecto de Proveedores que han demostrado una atención excepcional y mejores resultados.
6. A diferencia de los planes PPO (Organización de Proveedores Preferidos), la atención de un plan HMO está cubierta solo si consulta a un proveedor dentro de la red de la HMO.
7. El proceso de derivación sirve como una forma para que su PCP y su especialista se comuniquen entre sí. Cuando se emite una derivación para que consulte a un especialista, su PCP le informará al especialista los motivos de la derivación, así como los objetivos de la consulta. En otras palabras, su PCP le ayudará a coordinar su visita y la derivación le ayudará a garantizar que reciba la atención adecuada cuando consulta a un especialista.

¡Gracias por unirse a nuestro centro!

Firma

Fecha

Family Doctors of North Port

ANTECEDENTES FAMILIARES - ¿ALGÚN FAMILIAR DE SANGRE TUVO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES? / PARENTESCO

| ENFERMEDAD | Sí | No | PARENTESCO |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| Artritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| COPD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Tendencia al sangrado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Colitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| ENFERMEDAD | Sí | No | PARENTESCO |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Pólipos intestinales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Leucemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ataque de nervios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Úlceras estomacales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Suicidio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Otro: | | | |

HISTORIAL DE SERVICIO PREVENTIVO: LAS SIGUIENTES PRUEBAS: NUNCA FUERON HECHAS (NO), O FUERON HECHAS (SÍ) EN CASO AFIRMATIVO, SU MEJOR ESTIMACIÓN DEL MES/AÑO EN QUE FUE REALIZADA Y EL RESULTADO

| Servicio preventivo | Sí | No | Mes / año | Resultado |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------|-----------|
| Medición de masa ósea (densidad ósea) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Análisis de sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Detección de cáncer colorrectal: Colonoscopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Detección de cáncer colorrectal: Prueba de sangre oculta en heces (tarjeta de heces) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Prueba de visión Examen de la vista | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Exámenes femeninos: PAP y examen pélvico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Examen ginecológico: Mamografía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Exámenes masculinos: PSA - Antígeno prostático específico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Otro: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL

TODAS LAS PREGUNTAS DE ESTE CUESTIONARIO SON OPCIONALES Y SE MANTENDRÁN CONFIDENCIALES

| | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|
| Ejercicio | <input type="checkbox"/> Sedentario (sin ejercicio) | <input type="checkbox"/> Ejercicio suave | <input type="checkbox"/> Ejercicio ocasional | <input type="checkbox"/> Ejercicio vigoroso regular |
| Dieta | ¿Está a dieta? | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | Si lo está, ¿sigue una dieta ordenada por su médico? | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Tabaco | ¿Usa o ha usado tabaco? Sí así es, fecha en que lo dejó: _____ | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Cigarrillos - paq. por día | <input type="checkbox"/> Masticado- # por día | <input type="checkbox"/> Pipa- # por día | <input type="checkbox"/> Cigarros- # por día |
| Alcohol/Drogas | ¿Toma alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - # por día | | ¿Usa alguno de estos? <input type="checkbox"/> CBD <input type="checkbox"/> Marihuana | |
| | ¿Usa drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Meta <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Éxtasis/MDMA <input type="checkbox"/> Otra _____ | | | |
| Sexo | ¿Es sexualmente activo/a? | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Alguna molestia al tener relaciones? | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | Las enfermedades relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), como el SIDA, se han convertido en un importante problema de salud pública. Los factores de riesgo de esta enfermedad incluyen el uso de drogas por vía intravenosa y las relaciones sexuales sin protección. ¿Le gustaría hablar con su proveedor sobre su riesgo de padecer esta enfermedad? | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Seguridad personal | ¿Vive solo/a? [] Depto. [] Casa rodante [] Casa [] Vivienda asistida [] Vivienda independ | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Tiene caídas frecuentes? | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Tuvo pérdida de la vista/audición? | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Tiene problemas del habla? | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Tiene una voluntad anticipada y / o un testamento? | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Firma del proveedor: _____

Fecha _____

Family Doctors of North Port

MINI EVALUACIÓN DE SALUD NUTRICIONAL (MNA)

Sexo (marque uno): **Masculino**

Femenino

Edad:

Peso:

Altura:

| | |
|---|---|
| ¿Ha disminuido la ingesta de alimentos en los últimos 3 meses debido a pérdida de apetito, problemas digestivos, dificultad para masticar o tragar? 0 = Disminución severa de la ingesta 1 = Disminución moderada de la ingesta 2 = Sin disminución de la ingesta | = |
| B. ¿Pérdida de peso durante los últimos 3 meses? 0 = Pérdida de peso superior a 6,6 libras (3 kg) 1 = No sé 3 = Pérdida de peso entre 2,2 y 6,6 libras (1-3 kg) 3= sin pérdida de peso | = |
| C. Movilidad 0 = Atado a la cama o silla 1 = Puede levantarse de la cama / silla pero no salir 2 = sale | = |
| D. ¿Sufrió estrés en los últimos 3 meses? 0= Sí 2=No | = |
| E. Problemas neuropsicológicos 0 = Demencia o depresión severa 1 = Demencia leve 2 = Sin problemas psicológicos | = |
| PARA USO MÉDICO SOLAMENTE | |
| F1. Índice de masa corporal (IMC) (Peso/Altura en M ²) 0 = IMC menor de 19. * Si el IMC no está disponible, reemplace la pregunta F1 con F2. 1 = IMC > 19 menor que 21 No responda / F2 si F1 ya ha sido respondido. 2 = IMC > 21 menos de 23 | = |
| F2. Circunferencia de la pantorrilla (CC) en cm. 0 = CC menor que 31 1 = CC 31 o mayor | = |
| Puntuación de la evaluación (máximo 14 puntos) 12-14 = Estado nutricional normal 8-11 = Riesgo de desnutrición 0-7 = Desnutrido | |

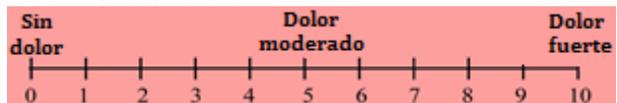
Evaluación del estado funcional: Actividades de la vida diaria y actividades de la vida instrumental:

Marque la categoría adecuada que mejor se adapte a usted:

| Actividad | Independientemente | Con asistencia | Dependiente |
|----------------------------|--------------------|----------------|-------------|
| Bañarse | | | |
| Vestirse | | | |
| Alimentación | | | |
| Entrar y salir de la silla | | | |
| Ir al baño | | | |
| Caminar | | | |
| Tomar medicación | | | |
| Conducir | | | |
| Uso del transporte público | | | |
| Uso del teléfono | | | |
| Preparación de comidas | | | |
| Quehaceres | | | |
| Manejo de finanzas | | | |

Si es necesario, quien lo ayuda: _____

Examen de detección del dolor: ¿Cómo calificaría su dolor en una escala del 0 al 10? o use la escala:



Dolor 0 a 10 _____

Ubicación: _____

Tipo de dolor (agudo, sordo, etc...): _____

Firma del proveedor: _____

Fecha _____

Family Doctors of North Port

Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____

| | Ningún día | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|--|--|--|---|--|
| 1. Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿con qué frecuencia ha sufrido alguno de los siguientes problemas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Poco interés o satisfacción por hacer cosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Problemas para dormirse / permanecer dormido, dormir demasiado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Sentirse cansado o tener poca energía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tener poco apetito o sobrepasarse en las comidas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Sentirse mal por usted mismo o sentir que es un fracaso o que se ha decepcionado a usted mismo o a su familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Problemas para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar TV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Moverse o hablar tan lento que las otras personas se dieron cuenta. O lo contrario, estar tan nervioso o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo usual. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Pensamientos acerca de que estaría mejor si estuviese muerto o lastimarse a usted mismo de algún modo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. En caso de haber marcado algún problema en este cuestionario hasta ahora, ¿qué tan difícil han hecho estos problemas que usted vaya a trabajar, se encargue de las cosas en su casa, o se relacione con otras personas? | Nada difícil <input type="checkbox"/> | Algo difícil <input type="checkbox"/> | Muy difícil <input type="checkbox"/> | Extremadamente difícil <input type="checkbox"/> |

Cuestionario PHQ-9* para la medición de la depresión y guía de interpretación

Para uso médico exclusivamente

Puntuación:

Cuente la cantidad de (#) casilleros marcados en una columna. Multiplique ese número por el valor indicado abajo, luego sume el subtotal para obtener un puntaje total. El rango posible es de 0 a 27. Use la tabla a continuación para interpretar el resultado del PHQ-9.

Ningún día (#) _____ x 0 = _____

Varios días (#) _____ x 1 = _____

Más de la mitad de los días (#) (#) _____ x 2 = _____

Casi todos los días (#) _____ x 3 = _____

Puntaje total: _____

Firma del proveedor: _____

Fecha _____