

Registro Para Pacientes Adulto

Instrucciones: Por favor complete toda la información que **es aplicable**.

Información del Paciente		
Nombre del Paciente (Apellido, Primer Nombre):		Fecha de Nacimiento:
Estado Civil:	Sexo:	Número de Seguro Social:
Domicilio:		
Número de Teléfono de Casa:		Teléfono Celular:
Correo Electrónico:		
¿Idioma Preferido?		¿Necesita un Intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Como le gustaria recibir sus recordatorios? <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> No quiero recordatorios		¿Está empleado el paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, nombre del empleador:
Nombre del Médico Primario:		Estatus de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo

Contactos del Paciente	
En caso de una emergencia, por favor escriba los nombres de las personas (madre/padre, abuelos, etc) a la cual debemos de contactar:	
(1) Nombre y Apellido del Contacto:	
¿Es igual el domicilio de este contacto como el domicilio del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es que no, por favor escriba el domicilio aquí:	
Número de Teléfono de Casa y/o Celular:	Parentesco al Paciente: <input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Tio/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> Tutor/Cuidador <input type="checkbox"/> Amigo/a
(2) Nombre y Apellido del Contacto:	
¿Es igual el domicilio de este contacto como el domicilio del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es que no, por favor escriba el domicilio aquí:	
Número de Teléfono de Casa y/o Celular:	Parentesco al Paciente: <input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Tio/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> Tutor/Cuidador <input type="checkbox"/> Amigo/a

Información del Seguro Médico Primario

Nombre del Seguro Médico Primario:

Número de la Póliza:

Número del Grupo:

¿Quién es el suscriptor de este plan? Yo Contacto Número Uno (1) Contacto Número Dos (2) Alguien Más

Si es "Alguien Más" por favor escriba el nombre completo y el domicilio del indicado:

Parentesco al Paciente: Madre/Padre Esposo/a Pareja Otro Pariente

Número de Teléfono de Casa y/o Celular:

¿Está **empleada** esta persona? Sí No

Nombre del Empleador del Suscriptor:

Tiempo Completo Medio Tiempo Retirado

Fecha de Nacimiento del Suscriptor:

Sexo:

Número de Seguro Social:

Información del Seguro Médico Secundario

Nombre del Seguro Médico Secundario:

Número de la Póliza:

Número del Grupo:

¿Quién es el suscriptor de este plan? Yo Contacto Número Uno (1) Contacto Número Dos (2) Alguien Más

Si es "Alguien Más" por favor escriba el nombre completo y el domicilio del indicado:

Parentesco al Paciente: Madre/Padre Esposo/a Pareja Otro Pariente

Número de Teléfono de Casa y/o Celular:

¿Está **empleada** esta persona? Sí No

Nombre del Empleador del Suscriptor:

Tiempo Completo Medio Tiempo Retirado

Fecha de Nacimiento del Suscriptor:

Sexo:

Número de Seguro Social:

¿Cómo Se Enteró De Nosotros?

Pariente/Familia/Amistad Doctor Internet/Televisión/Radio Seguro Médico No Se

Nombre del doctor quien los refirió:

Si está embarazada, ¿cuál es su fecha de parto esperada?

Soltero Gemelo Múltiplos

¿Cual es el Nombre y Domicilio de Su Farmacia y Laboratorio?

Firma del Paciente:

Fecha de Hoy:

¡Muchas gracias! Por favor entregue las formas a las recepcionistas.



We Ask Because We Care

Raza y grupo étnico: preguntamos porque usted nos importa

Favor de contestar este cuestionario. Utilizamos esta información para revisar el tratamiento que reciben los pacientes y asegurarnos de que todos reciban atención de la más alta calidad. Sus respuestas individuales son privadas y no se compartirán fuera del sistema de atención médica.

- ¿Se considera usted hispano o latino? (Hispanic/Latino?)

<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No (No)
<input type="checkbox"/> No deseo contestar (Decline)	<input type="checkbox"/> No lo sé (Unknown)

- ¿Cómo describiría su raza? Por raza, nos referimos al grupo o grupos principales de gente del que provienen sus ancestros. *Favor de marcar tantas categorías como hagan falta para describirse.* (Describe your race)

<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska (Am. Indian/Alaska Native)	<input type="checkbox"/> Asiático (Asian)
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano (African American/Black)	<input type="checkbox"/> Blanco (White)
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico (Nat. Hawaiian/Pacific Islander)	<input type="checkbox"/> Otro _____(Other)
<input type="checkbox"/> No deseo contestar (Decline)	<input type="checkbox"/> No lo sé (Unknown)

- ¿Cómo describiría el grupo étnico al que pertenece? Por grupo étnico, nos referimos al grupo o grupos con los que comparte su identidad cultural o costumbres. *Favor de marcar tantas categorías como hagan falta para describirse.* (Describe your ethnicity)

<input type="checkbox"/> Africano (African)	<input type="checkbox"/> Japonés (Japanese)
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano (African Am./Black)	<input type="checkbox"/> Coreano (Korean)
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska (Alaska Native)	<input type="checkbox"/> Laosiano (Laotian)
<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense (American Indian)	<input type="checkbox"/> Mexicano (Mexican)
<input type="checkbox"/> Árabe o del norte de África (Arab/North African)	<input type="checkbox"/> Oriente Medio (Middle Eastern)
<input type="checkbox"/> Indio del continente asiático (Asian Indian)	<input type="checkbox"/> Mongol (Mongolian)
<input type="checkbox"/> Camboyano (Cambodian)	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái (Native Hawaiian)
<input type="checkbox"/> Primeras naciones (Canadá) (First Nation/Canada)	<input type="checkbox"/> Nativo de las islas del Pacífico (Pacific Islander)
<input type="checkbox"/> Caribeño o de Indias Occidentales (Caribbean/West Indian)	<input type="checkbox"/> Ruso (Russian)
<input type="checkbox"/> Centroamericano (Central American)	<input type="checkbox"/> Samoano o samoano americano (Samoan/American Samoan)
<input type="checkbox"/> Chino (Chinese)	<input type="checkbox"/> Suramericano (South American)
<input type="checkbox"/> Europeo o de ascendencia europea (European/European Descent)	<input type="checkbox"/> Tailandés (Thai)
<input type="checkbox"/> Filipino (European/European Descent)	<input type="checkbox"/> Tibetano (Tibetan)
<input type="checkbox"/> Guameño (Guamanian)	<input type="checkbox"/> Tongano (Tongan)
<input type="checkbox"/> Hmong (Hmong)	<input type="checkbox"/> Vietnamita (Vietnamese)
<input type="checkbox"/> Indígena - Maya (Indígena-Maya)	
<input type="checkbox"/> No deseo contestar (Decline)	<input type="checkbox"/> No lo sé (Unknown)
<input type="checkbox"/> Otro _____(Other)	

- ¿Donde naciste? _____

Favor de entregar este formulario al personal de la recepción cuando lo haya contestado. Gracias.

Recibo de Reconocimiento Del Aviso De Privacidad

Su nombre y la firma en esta hoja indican que ha dado acceso a una copia de la notificación de prácticas de privacidad de UCSF (aviso) en la fecha indicada. Si usted tiene alguna pregunta acerca de la información en el aviso de prácticas de privacidad, no vacile por favor entrar en contacto con un representante de la clínica. Una copia es publicada en nuestro sitio web en www.UBCP.org.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Si El Paciente es Menor, Padre/Madre/Tutor Legal o Nombre del Garante Financiero

Relacion Con El Paciente

Firma del Paciente o Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha de Notificacion Recibida

Términos y Condiciones de Registro, Servicios Médicos y Acuerdo Financiero

1. UCSF Benioff Children's Physicians (UBCP) es parte de la Universidad y está compuesta de su(s) hospital(es), centro(s) médicos, sus clínicas de hospital, y la Escuela de Medicina de UCSF.
2. **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Yo doy mi consentimiento a los tratamientos médicos o proceso de atención, radiografías, extracción de sangre para análisis, inyecciones, el tomo de fotografías médicas, videografía, y servicios de laboratorio.
3. **DESCARGO DE INFORMACIÓN MÉDICA:** El Acto de las Prácticas y Uso de Información del Estado de California requiere que UBCP proporcione la siguiente información a quienes dan información de ellos mismos. Como un paciente de UBCP, se pedirá de mi cierta información personal, como mi domicilio, número de teléfono, número de Seguro Social, información de mi seguro médico, historial médico y de tratamiento. El propósito para pedir esta información es para asegurar la identidad, continuación de cuidado médico, y pago para tal cuidado. Bajo la autoridad del Acto Federal de la Ley de Privacidad de 1974, Artículo IX, Sección 9, de la Constitución de California, el Acto de Práctica de Información (Código Civil 1798 y siguientes.), Código de Reglamentos de California, Título 22, Sección 70749, UBCP está autorizado a mantener esta información. Y como requerido por UBCP, el entrega de esta información es obligatorio, menos que se indique al contrario. Yo entiendo que el fallar al entregar esta información puede afectar mi cuidado médico, beneficios y cobertura de mi seguro médico. UBCP obtendrá mi autorización para descargar la información de mi tratamiento médico por escrito, menos en las circunstancias cuando UBCP está permitido o requerido por ley a divulgar la información, (vea Notificación de las Prácticas de Privacidad de UBCP para la descripción de las circunstancias específicas de cuando UBCP puede divulgar esta información). Por ejemplo UBCP puede entregar una copia de mi expediente médico a proveedores de cuidado de salud, planes de guros médicos, agencias gubernamentales, y proveedores de compensación de trabajadores lesionados. Además entiendo que si me diagnostican con una enfermedad de declaración obligatoria en California, se requiere por ley que UBCP reporte mi diagnóstico al Departamento Estatal de Servicios de Salud.
4. **ACUERDO FINANCIERO:** Yo entiendo que aun teniendo cobertura médica, es posible que sea financieramente responsable para parte o por todos mis servicios médicos. Por ejemplo, si tengo un copago, co-insurance, o deductible, yo estoy de acuerdo de pagar la cantidad que debo. Si no tengo cobertura que cubra el servicio que reciba, yo estoy de acuerdo que le pagaré a UBCP para los servicios profesionales y clínicas. Si no puedo pagar, entiendo que tal vez pueda calificar para asistencia pública, arreglo de pagos, y/o servicio de caridad. También entiendo que cuando este acuerdo sea firmado por mi esposo/a, padre/madre, o garante financiero, mi esposo/a, padre/madre o garante financiero será también conjuntamente e individualmente responsable conmigo para pago, incluyendo todos los cargos de coleccion, (honorarios, del abogado, cargos y gastos de colección), además a cual otra cantidad que se deba. Cuentas no saldadas serán referidas a otras agencias para coleccion cuales adquirirán intereses a la tasa legal vigente.
5. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS (INCLUYENDO BENEFICIOS DE MEDICARE):** Yo autorizo pago directo a UBCP por medio de cual quier beneficio de seguro, incluyendo seguro de hospital, y compensación de desempleo beneficios de discapacidad de lo contrario a nombre de o en mi nombre a UBCP, incluyendo servicios de emergencia, a un costo de no sobrepasar los cargos actuales de UBCP. Yo entiendo que soy responsable por los cargos no pagados conforme a este acuerdo. Además estoy de acuerdo de que cualquier crédito que resulte por pago del seguro médico o por otros recursos pueden ser aplicados a cualquier otra cuenta debida por mi a UBCP.

Porfavor firma la parte de atras. El leído todo a lo cual estoy de acuerdo, y he recibido una copia de estos Términos y Condiciones de Servicio:

Nombre del Paciente	Fecha
Firma del Paciente o Testigo (requerido si el paciente no puede firmar)	Fecha
Testigo Parentesco al Paciente	
Firma del Intérprete (si corresponde)	Fecha
El Idioma Utilizado	

Formulario de Historia Clínica para Paciente Adulto – Medicina Materno-Fetal

Instrucciones: Complete **todos los campos aplicables** a continuación.

Información de la Paciente	
Nombre de la paciente (apellido, primer nombre):	Fecha de nacimiento:
¿Cuál es el motivo de la visita de hoy?	

Historia Clínica Obstétrico-Ginecológica	
Fecha del último período menstrual:	Fecha del último Papanicolaou:
¿Actualmente, padece de algo de lo que se enumera a continuación?	
<input type="checkbox"/> Dolor pélvico <input type="checkbox"/> Sangrado <input type="checkbox"/> Calambres <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Escalofríos	
¿Ha viajado, usted o su pareja, a una zona afectada por el virus del Zika en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
De estar embarazada, fecha prevista de parto :	<input type="checkbox"/> Embarazo único <input type="checkbox"/> Embarazo de gemelos <input type="checkbox"/> Embarazo múltiple
De estar embarazada, ¿recibe en su embarazo atención de un especialista, además de su proveedor regular de atención obstétrica ("co-managed")? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, proporcione el nombre del especialista :
¿Ha tenido una visita con ultrasonido previa ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿ cuándo y dónde fue la visita con ultrasonido?
Fecha de desenlace del 1° embarazo:	
<input type="checkbox"/> Término completo <input type="checkbox"/> Prematuro <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Ectópico <input type="checkbox"/> Molar	<input type="checkbox"/> Parto único <input type="checkbox"/> Gemelos <input type="checkbox"/> Embarazo múltiple
Estado de vida actual: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/> Muerte neonatal <input type="checkbox"/> Muerte fetal	Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea
Peso al nacer (si corresponde):	Sexo (si corresponde):
Fecha de desenlace del 2° embarazo:	
<input type="checkbox"/> Término completo <input type="checkbox"/> Prematuro <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Ectópico <input type="checkbox"/> Molar	<input type="checkbox"/> Parto único <input type="checkbox"/> Gemelos <input type="checkbox"/> Embarazo múltiple
Estado de vida actual: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/> Muerte neonatal <input type="checkbox"/> Muerte fetal	Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea
Peso al nacer (si corresponde):	Sexo (si corresponde):
Fecha de desenlace del 3° embarazo:	
<input type="checkbox"/> Término completo <input type="checkbox"/> Prematuro <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Ectópico <input type="checkbox"/> Molar	<input type="checkbox"/> Parto único <input type="checkbox"/> Gemelos <input type="checkbox"/> Embarazo múltiple
Estado de vida actual: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/> Muerte neonatal <input type="checkbox"/> Muerte fetal	Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea
Peso al nacer (si corresponde):	Sexo (si corresponde):
Fecha de desenlace del 4° embarazo:	
<input type="checkbox"/> Término completo <input type="checkbox"/> Prematuro <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Ectópico <input type="checkbox"/> Molar	<input type="checkbox"/> Parto único <input type="checkbox"/> Gemelos <input type="checkbox"/> Embarazo múltiple

Estado de vida actual: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/> Muerte neonatal <input type="checkbox"/> Muerte fetal		Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	
Peso al nacer (si corresponde):		Sexo (si corresponde):	
Fecha de desenlace del 5° embarazo:			
<input type="checkbox"/> Término completo <input type="checkbox"/> Prematuro <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Ectópico		<input type="checkbox"/> Parto único <input type="checkbox"/> Gemelos <input type="checkbox"/> Embarazo múltiple	
<input type="checkbox"/> Molar			
Estado de vida actual: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/> Muerte neonatal <input type="checkbox"/> Muerte fetal		Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	
Peso al nacer (si corresponde):		Sexo (si corresponde):	
¿Alguna vez ha tenido algo de lo que se enumera a continuación?			
¿Resultado anormal en un Papanicolaou? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha y forma de tratamiento?	
¿Enfermedad de transmisión sexual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, ¿cuál fue el tipo y la forma de tratamiento?	
¿Terapia hormonal sustitutiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Períodos anormales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Actualmente, es sexualmente activa ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cantidad de parejas sexuales en su vida :	
Cantidad de parejas sexuales en el último año :		Sexo de las parejas sexuales: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Ambos	
Método anticonceptivo: <input type="checkbox"/> Condones <input type="checkbox"/> Diafragma <input type="checkbox"/> Capuchón cervical <input type="checkbox"/> DIU/Implante/Parche <input type="checkbox"/> Pastillas <input type="checkbox"/> Ninguno			
¿Padece dolor durante el coito ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Historia Clínica General			
¿Actualmente, se encuentra en tratamiento por algún problema médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Marque si actualmente tiene o tuvo algo de lo que se enumera a continuación:			
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Enfermedad/trastorno renal <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca congénita <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Violencia interpersonal <input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Infertilidad <input type="checkbox"/> Fibromas <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> Trastorno tromboembólico <input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamatoria Pélvica <input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico/Depresión/Ansiedad <input type="checkbox"/> Otro (especificar):			
<input type="checkbox"/> Cáncer	Tipo de cáncer:	<input type="checkbox"/> Diabetes	Tipo de diabetes:
Fecha y resultados de colonoscopia:		Fecha y resultados de mamografía:	
Cirugías anteriores (incluir tipo y fecha):			
Hospitalizaciones o transfusiones de sangre anteriores (incluir tipo y fecha):			
Alergias actuales:			
Medicamentos actuales con prescripción (incluya dosis y frecuencia, para obtener <u>más espacio</u> use el reverso de la PÁGINA 3):			

Historia Clínica Familiar

Complete si un miembro de su familia tiene actualmente, o tuvo, una complicación médica, enfermedad o trastorno:

Familiar	Tipo de complicación, enfermedad o trastorno (por ej. cáncer de colon, trastorno bipolar, depresión)
Madre	
Padre	
Hermana	
Hermano	
Tía	
Tío	
Abuela materna	
Abuelo materno	
Abuela paterna	
Abuelo paterno	

Marque si usted o su pareja O familiares tienen, o han tenido, algo de lo que se enumera a continuación:

- Anomalías congénitas
 Retraso mental
 Defectos cardíacos congénitos
 Síndrome de Down
 Pérdida de la audición/visión
 Espina bífida/Anencefalia
 Fibrosis quística
 Distrofia muscular
 Enfermedad/rasgo de células falciformes
 Talasemia
 Trastorno metabólico
 Origen étnico mediterráneo/asiático/askenazi/francocanadiense/acadiano

Aspecto Social

Empleo actual o pasado:

¿Con quién vive (incluir mascotas si procede)?

Marque si **ha consumido o actualmente consume** algo de lo que se enumera a continuación:

- Cigarrillos
 Tabaco (de mascar)
 Puros
 Alcohol
 Drogas (indique el tipo): _____

Respecto de las anteriores, ¿con qué frecuencia?

- Nunca
 Casi nunca
 Socialmente
 Moderadamente
 Con mucha frecuencia

¿Con qué frecuencia hace ejercicio?

- 0 – 3 veces por semana
 4+ veces por semana

¿Con qué duración?

- 10–30 min por sesión
 30+ min por sesión

¿Hay algo más que le gustaría comentar al proveedor?

¡Gracias! Entregue este formulario al personal médico cuando ingrese a la sala.

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Telefono: _____

Como está embarazada o ha tenido un bebé recientemente, nos gustaría saber cómo se siente. Por favor, compruebe la respuesta que se acerca más a cómo se ha sentido **EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solo cómo se siente hoy.

EJEMPLO: Me he sentido feliz.

- Si todo el tiempo
- Si, la mayoría de las veces:** esto significaría, "Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo" durante la última semana
- No, no muy a menudo
- No, en absoluto

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas.

- Tanto como siempre
- No tanto ahora
- Mucho menos
- No, no he podido

2. He mirado al futuro con placer.

- Tanto como siempre
- Algo menos de lo que solía hacer
- Definitivamente menos
- No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal.

- Si, casi siempre
- Si, algunas veces
- No muy a menudo
- No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo.

- No, nada
- Casi nada
- Si, a veces
- Si, a menudo

5. He sentido miedo o pánico sin motivo.

- Si, bastante
- Si, a veces
- No, no mucho
- No, nada

6. Las Cosas me oprimen o agobian.

- Si, casi siempre
- Si, a veces
- No, casi nunca
- No, nada

7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir.

- Si, casi siempre
- Si, a menudo
- No muy a menudo
- No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada.

- Si, casi siempre
- Si, bastante a menudo
- No muy a menudo
- No, nada

9. He estado tan infeliz que he estado llorando.

- Si, casi siempre
- Si, bastante a menudo
- Solo ocasionalmente
- No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mi misma.

- Si, bastante a menudo
- Si, a menudo
- Casi nunca
- No, nunca

Gracias! Por favor devuelva la mano a un miembro del personal cuando se complete.

Administrar/Revisar Por: _____

Fecha: _____