



Requisitos para que los nuevos pacientes programen una cita

Esta clínica NO es gratuita. El costo de la primera consulta depende del tiempo que demore, del tipo de afección y de la atención médica que se le brinde, pero, por lo general, puede ser entre \$152.00 a \$283.00. **(Este precio no incluye los servicios de laboratorio ni otro tipo de pruebas)**. La cuenta se debe pagar al momento de recibir los servicios.

Los pacientes que pagan por su cuenta reciben un descuento por pagos recibidos al momento de la consulta. También tenemos disponibles descuentos basados en su nivel de ingresos y el número de personas de su familia. El descuento es de 30% a 50%. Para poder recibir estos descuentos debe traer un comprobante de ingresos de todas las personas que viven en su casa, por ejemplo:

- Talonario de pagos del mes anterior.
- Última declaración de impuestos.
- Formulario más reciente W-2 o 1099.
- Declaración de beneficios por desempleo.
- Declaración de su empleador indicando su salario.

Si usted no tiene ingresos, una carta que indique la forma en que se mantiene.

Hope Clinic Inc.

Notificación sobre la ley de privacidad

ESTA NOTIFICACIÓN INDICA COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA ATENTAMENTE.

Esta notificación describe nuestras prácticas y las de:

- cualquier profesional de cuidados de salud autorizado a ingresar información en su historia médica,
- cualquier miembro de nuestro programa de voluntariado autorizado para atenderlo mientras esté en nuestras instalaciones y
- todo el personal de Hope Clinic, Inc.

Todas estas personas siguen las normas establecidas en esta notificación. También pueden compartir entre si información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para darle tratamiento, tramitar pagos o realizar procedimientos en el área de la salud según se describen en esta notificación. El personal de alcance a la comunidad y de guía de la salud no tiene que seguir las normas de esta notificación debido a la naturaleza de los servicios que prestan. Sin embargo, tanto el personal de alcance a la comunidad como el de guía de la salud continuarán protegiendo la privacidad de la información de los participantes.

NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN:

Tenemos el compromiso de proteger información relacionada con usted y su salud. Nosotros creamos un historial médico de los servicios que usted recibe de nosotros. Necesitamos esta información para proporcionarle atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Esta notificación aplica a toda su información.

La ley requiere que nosotros:

- mantengamos la privacidad de su información;
- pongamos a su disposición esta notificación de nuestras obligaciones jurídicas y de nuestra prácticas de privacidad con respecto a su información y
- observemos los términos de la notificación que esté vigente actualmente.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN:

- **Tratamiento.** Podemos usar y divulgar información médica protegida para darle tratamiento o brindarle servicios. Por ejemplo, si un médico le está dando tratamiento para una pierna rota, necesitará saber si usted tiene diabetes ya que esta enfermedad puede retrasar el proceso y tiempo de sanación.
- **Pagos.** Podemos usar y divulgar información médica protegida para poder enviar la cuenta y recibir pago por el tratamiento y servicios recibidos de nosotros. Por ejemplo, podríamos necesitar dar información sobre su cirugía a su compañía de seguros para que puedan pagar por dicho procedimiento.
- **Procedimientos en el área de la salud.** Podemos usar y divulgar información médica protegida para llevar a cabo nuestras necesidades organizacionales. Por ejemplo, podemos usar y divulgar información médica protegida para mejorar la calidad de nuestra atención.
- **Arreglos con otras organizaciones de atención médica.** Para ciertas actividades, podemos divulgar información médica protegida a otros proveedores de atención médica que participan en un arreglo organizado de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información con otros proveedores de atención médica para mejorar la calidad de la atención.
- **Personas que participan en su atención.** Podemos divulgar información médica protegida pertinente a un amigo, familiar o cualquier persona que usted designe, que participe en su atención o esté a cargo de los pagos relacionados con su atención médica. También podemos divulgar información médica protegida a personas que estén participando en esfuerzos de asistencia en casos de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su afección, condición y lugar en que se encuentra.
- **Directorio.** Podemos incluir información médica protegida breve en nuestro directorio. Esta información puede incluir su nombre, sitio en que se encuentra en nuestro establecimiento, condición general (p. ej., regular, estable, etc.) y afiliación religiosa. Podríamos dar la información que se encuentra en el directorio, excepto su afiliación religiosa, a personas que lo soliciten por su nombre. La información sobre su afiliación religiosa se puede divulgar a un miembro del clero aunque no pregunte por usted por su nombre. Si usted desea restringir estos usos, deberá notificarnos por escrito.
- **Otros:** Podemos usar o divulgar información médica protegida con los siguientes fines:
 - Recordatorios de citas
 - Servicios y productos relacionados con la salud
 - Actividades de recaudación de fondos
 - En cualquier forma que lo requiera la ley
 - Evitar una amenaza a la salud o seguridad pública
 - Donación de órganos y tejidos
 - Seguros de indemnización de trabajadores
 - Actividades de salud pública
 - Actividades de vigilancia de la salud
 - Demandas y disputas jurídicas
 - Actividades gubernamentales
 - Cumplimiento de las leyes de custodia

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD

Usted tiene los siguientes derechos con relación a la información que mantenemos sobre usted:

- **Derecho a examinar su información y obtener una copia.** Usted tiene derecho a examinar y obtener una copia de la información médica protegida que se mantiene en su historial médico. Usted debe hacer la solicitud por escrito al departamento de historiales médicos. Bajo algunas circunstancias, podemos rechazar su solicitud. Puede haber costos asociados con su solicitud como resultado de sacar copias, envío por correo o suministros.
- **Derecho a correcciones.** Usted tiene el derecho a solicitar correcciones de la información médica protegida. Usted debe hacer la solicitud por escrito indicando la razón para la corrección, al departamento de historiales médicos.
- **Derecho a recibir un informe de las veces en que se divulgó su información.** Usted tiene derecho a solicitar un informe de las veces en que se divulgó su información. Es decir un listado de las veces en que se divulgó la información relacionada con su salud, excepto cuando se hizo (1) a usted, (2) antes del 14 de abril del 2003, (3) como resultado de su solicitud por escrito o (4) para su tratamiento, el pago, las operaciones de atención de salud, el directorio, las personas que participan en su cuidado, por razones de seguridad nacional, para actividades de inteligencia nacional, a instituciones penitenciarias o a funcionarios del orden público. Usted puede enviar su solicitud por escrito a la persona encargada de asuntos de privacidad. La solicitud debe incluir el período (no más de seis años) en que se realizó la divulgación de su información. El primer informe que solicite es gratis. Podemos cobrarle una tarifa por los costos si solicita informes adicionales durante un período de 12 meses.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar restricciones en la información médica protegida que usamos o divulgamos según se describe en las secciones anteriores para tratamientos, pagos, procedimientos en el área de salud, directorio y personas que participan en su cuidado. En algunas ocasiones, podemos negarnos a cumplir con su solicitud. Esta solicitud deberá hacerse por escrito.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en cierta forma o en cierto lugar. Esta solicitud deberá hacerse por escrito. Cumpliremos con las solicitudes razonables.
- **Derecho a obtener una copia impresa de esta notificación.** Usted tienen el derecho a obtener, en cualquier momento, una copia impresa de esta notificación. Para obtener una copia impresa de esta notificación contacte a la persona encargada de asuntos de privacidad.

Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de esta notificación y aplicar cualquier cambio a la información relacionada con su salud que mantenemos. Publicaremos una copia actual de esta notificación en nuestro establecimiento o en nuestro sitio web. La fecha de validez de esta notificación está localizada en la parte superior derecha de la primera página.

QUEJAS

Si usted cree que su derecho de privacidad ha sido violado, puede presentar una queja ante nosotros o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante nosotros, contacte a Hope Clinic al 770-685-1300. No se le sancionará por presentar la queja.

OTROS USOS Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Otros usos y divulgaciones de la información médica protegida que no estén contemplados en esta notificación se harán solo con su autorización. Usted también puede revocar la autorización en cualquier momento enviando por escrito una solicitud al departamento de historiales médicos en donde se inició la divulgación de la información sobre su salud.

Apellido**Primer nombre****Inicial 2o. nombre****Fecha de nacimiento** Mujer Hombre**Hispano/Latino:** Sí No**Raza: (marque todas las que apliquen)** Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska Americano-Africano Hawaiano/Otra Isla del Pacífico Asiático**Vive en un hogar en que la mujer es la cabeza de la familia?** Sí No**\$** _____ Mensual Anual**Total de ingresos de la familia**_____ **# de personas que residen en la casa**

La Clínica de Esperanza recibió una subvención del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) del condado de Gwinnett para comprar el edificio. Una de las estipulaciones de la subvención requiere informes mensuales de las personas que atendemos en la clínica, con la información a continuación. De ninguna manera su información personal será publicada o compartida. El condado la requiere únicamente para propósitos estadísticos. Gracias por completar esta información.

Firma del paciente/tutor

Fecha**2018**

Hope Clinic, Inc. Información del Paciente

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial 2o. Nombre _____ Mujer Hombre
Dirección _____ Apto. # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Condado _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Estado Civil _____
de teléfono de casa _____ # de teléfono celular _____ # de teléfono del trabajo _____
Nombre del Empleador _____ Dirección de Correo Electrónico _____

Raza: (marque todas las que apliquen)

Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska **Etnicidad: Hispano/Latino:** Sí No
 Americano-Africano Hawaiano/Otra Isla del Pacífico
 Asiático **Vive en un hogar en que la mujer es la cabeza de la familia?** Sí No

Total de ingresos de la familia \$ _____ Mensual Anual # de Personas Que Residen en la Casa _____

¿Quién lo refirió a la clínica?

GMC ER Mason Clinic Good Samaritan Departamento de Salud Hebron Clinic Amigo/Familiar
 Compañía de Seguros Sitio en la Red Páginas Amarillas PADV Otra _____

Información de la Parte/Persona Responsable

Apellido _____ Primer Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección _____ Apto. # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
de teléfono de casa _____ # de teléfono celular _____ # de teléfono del trabajo _____
Número de Seguro Social _____ Parentesco con el Paciente _____

Información de Seguro

Nombre de la Cia. de Seguros Primaria _____ Nombre del Asegurado _____
de la Póliza _____ # del Grupo _____
de S.S. del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento: _____

Contacto en Caso de Emergencia

Nombre _____ # de teléfono _____ Parentesco con el Paciente _____

A mi leal saber y entender, la información anterior es correcta. Autorizo a que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo y soy consciente de que, independiente de mi estatus de seguro, yo soy responsable por los costos de todos los servicios prestados. También autorizo a la Clínica de Esperanza, Inc. a dar a conocer cualquier información necesaria para procesar la reclamación a la Cia. de Seguros.

Firma del Paciente/Tutor _____ Fecha _____

Verified By _____

Hope Clinic, Inc.
121 Langley Dr.
Lawrenceville, GA 30046
(770) 685-1300

FORMULARIO DE PRIVACIDAD HIPAA

Ustedes tienen mi autorización para confirmar mis citas **(favor señalar todas las opciones que correspondan)**

- Dejando un mensaje en casa con: _____ (favor indicar el parentesco)
- Dejando un mensaje in mi trabajo número: _____
- Dejando un mensaje de voz en el número: _____
- Dejando un mensaje en mi contestadora telefónica número: _____
- No confirmen mi cita; yo me comunicaré con ustedes

Podemos hablar de su estado de salud con:

- Esposo(a): nombre: _____ número de teléfono: _____
- Padre/Madre: nombre: _____ número de teléfono: _____
- Hijo(a): nombre: _____ número de teléfono: _____
- Hermano(a) : nombre: _____ número de teléfono: _____
- Otro: nombre: _____ número de teléfono: _____

Es su responsabilidad notificar a esta oficina si alguna de las circunstancias anteriores cambia. **Gracias.**

ACUSE DE RECIBO DEL ACISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He leído recibido una copia de Aciso de Prácticas de Privacidad. El aviso describe cómo información relacionada con mi salud puede ser usada o divulgada. Entiendo que debo de leerlo detenidamente. Entiendo que este aviso puede cambiar en cualquier momento y que puedo obtener una copia actualizada del aviso llamando al (770) 685-1300 o solicitando una en la oficina.

(Favor escribir su nombre complete en letra de molde)

Firme

Fecha



Fecha inicial:
Fechas de revisión:

CUESTIONARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Todas las respuestas a este cuestionario son estrictamente confidenciales
y pasarán a ser parte de su expediente médico.

Nombre <i>(Apellido, nombre, inicial 2o. nombre):</i>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento:
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> -Unión libre <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
Médico anterior o el que lo (la) remite:	Fecha del último examen físico:		

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Enfermedades de infancia:	<input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Papera <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Polio		
Vacunas y fechas:	<input type="checkbox"/> Tétano	<input type="checkbox"/> Neumonía	
	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Varicela	
	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> <i>Sarampión, papera y rubéola (MMR, por sus siglas en inglés)</i>	
Exámenes rutina y fechas:	<input type="checkbox"/> Prostata	<input type="checkbox"/> Mammograma	
	<input type="checkbox"/> Papanicolau	<input type="checkbox"/> Colonoscopia	

Liste cualquier problema que otros médicos le hayan diagnosticado

Operaciones		
Año	Motivo	Hospital

Otras hospitalizaciones		
Año	Motivo	Hospital

¿Le han hecho alguna vez una transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

Favor pasar a la página siguiente

Liste todos los medicamentos recetados o de acceso público tales como vitaminas e inhaladores

Nombre del medicamento	Concentración	¿Con que frecuencia lo toma?

Alergias a medicamentos

Nombre del medicamento	Tipo de reacción que sufrió

HÁBITOS DE SALUD Y CUIDADO PERSONAL

TODAS LAS PREGUNTAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPCIONALES Y SE MANTENDRAN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES.

Ejercicio	<input type="checkbox"/> Sedentario (No hago ejercicio)			
	<input type="checkbox"/> Moderado (p.ej., subo escaleras, camino 3 cuadras, juego al golf)			
	<input type="checkbox"/> Ejercicio recio esporádico (p.ej., por trabajo o pasatiempo, menos de 4 veces/semana por 30 minutos.)			
	<input type="checkbox"/> Ejercicio recio con regularidad (p.ej., por trabajo o pasatiempo 4 veces/semana por 30 minutos)			
Diet	¿Está a dieta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	En caso afirmativo, ¿Está bajo dieta recetada por un médico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	¿Cuántas comidas consume al día?			
	Categorice el uso de sal	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Bajo
	Categorice el uso de grasas	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Bajo
Cafeína	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Café	<input type="checkbox"/> Té	<input type="checkbox"/> Cola
	# de tazas diarias			
Alcohol	¿Consume alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	En caso afirmativo, ¿de qué tipo?			
	¿Cuántos tragos por semana?			
	¿Esta preocupado por la cantidad que bebe?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	¿Ha considerado dejar de beber?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	¿Se ha desmayado alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	¿Es propenso(a) a "excederse" con los tragos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	¿Conduce después de beber?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

Tabaco	¿Usa tabaco?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Cigarrillos – #paquetes diarios	<input type="checkbox"/> Masca - #diarios	<input type="checkbox"/> Pipa - # diarios	<input type="checkbox"/> Puros - # diarios	
	<input type="checkbox"/> ¿Por cuántos años?	<input type="checkbox"/> O ¿En qué año paró?			
Drogas	¿Usa actualmente drogas de recreación o de la calle?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Se ha inyectado alguna vez drogas de la calle?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sexo	¿Está sexualmente activo(a)?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, ¿está tratando de quedar embarazada?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Si no está tratando, liste el anticonceptivo o método para evitarlo				
	¿Siente alguna incomodidad durante el acto sexual?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Enfermedades relacionadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), como el SIDA, se ha convertido en un problema importante de salud pública. Los factores de riesgo para esta enfermedad incluyen el uso de drogas intravenosas y relaciones sexuales sin protección. ¿Le gustaría hablar con su profesional médico sobre el riesgo de esta enfermedad?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cuidado personal	¿Vive solo(a)?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Se cae con frecuencia?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Sufre de pérdida de visión o audición?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene un documento de voluntades anticipadas o testamento vital?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Le gustaría recibir información acerca de la preparación de estos documentos?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Abuso físico y/o mental se ha convertido también en uno de los mayores problemas de salud pública en este país. Este a menudo se manifiesta en conducta de amenaza verbal o abuso físico o sexual. ¿Le gustaría discutir este tema con su proveedor de servicio médico?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

HISTORIA CLÍNICA DE LA FAMILIA

	EDAD	PROBLEMAS DE SALUD IMPORTANTES		EDAD	PROBLEMAS DE SALUD IMPORTANTES
Padre			Hijos(as)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Madre				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Hermanos(as)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Abuela <i>Materna</i>		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Abuelo <i>Materno</i>		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Abuela <i>Paterna</i>		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Abuelo <i>Paterno</i>		

SALUD MENTAL

¿Es el estrés un problema importante para usted?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se siente deprimido(a)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Entra en pánico cuando está estresado(a)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene problemas para comer o con su apetito?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Llora a menudo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha intentado suicidarse alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha pensado seriamente en hacerse daño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene problemas para dormir?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha ido a un consejero?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

MUJERES SOLAMENTE

Edad al inicio de la menstruación:

Fecha de la última menstruación:

Menstrúo cada ____ días

¿Menstruaciones fuertes, irregulares, manchas, dolor, o secreción?

 Sí No

Número de embarazos ____ Número de nacimientos vivos ____

¿Está embarazada o dando de mamar?

 Sí No

¿Ha tenido una dilatación y raspaje, una histerectomía o una cesárea?

 Sí No

¿Ha tenido una infección de las vías urinarias, vejiga o riñones en el último año?

 Sí No

¿Sangre en la orina?

 Sí No

¿Problemas controlando la orina?

 Sí No

¿Sofocos o sudores en las noches?

 Sí No

¿Sufre de tensión menstrual, dolor, hinchazón, irritabilidad u otros síntomas alrededor de la fecha de la menstruación?

 Sí No

¿Ha sentido recientemente dolor en los senos, nódulos o secreción de los pezones?

 Sí No

Fecha de la última prueba del recto y Papanicolaou

HOMBRES SOLAMENTE

¿Se levanta a menudo a orinar durante la noche?

 Sí No

En caso afirmativo, ¿cuántas veces? ____

¿Siente ardor o dolor al orinar?

 Sí No

¿Sangre en la orina?

 Sí No

¿Siente secreción del pene con ardor?

 Sí No

¿Ha disminuido la fuerza de su orina?

 Sí No

¿Ha tenido alguna infección de riñones, vejiga o próstata en los últimos 12 meses?

 Sí No

¿Tiene dificultad vaciando la vejiga por completo?

 Sí No

¿Tiene alguna dificultad con la erección o la eyaculación?

 Sí No

¿Tiene hinchazón o dolor en los testículos?

 Sí No

Fecha de la última prueba de próstata y del recto

 Sí No**OTROS PROBLEMAS**

Verifique si tiene o ha tenido algún síntoma de importancia en las siguientes áreas y explique brevemente

<input type="checkbox"/> La piel	<input type="checkbox"/> El pecho/el corazón	Cambios recientes en:
<input type="checkbox"/> La cabeza/el cuello	<input type="checkbox"/> La espalda	
<input type="checkbox"/> Los oídos	<input type="checkbox"/> Intestinal	<input type="checkbox"/> El nivel de energía
<input type="checkbox"/> La nariz	<input type="checkbox"/> La vejiga	<input type="checkbox"/> La habilidad de dormir
<input type="checkbox"/> La garganta	<input type="checkbox"/> El intestino	<input type="checkbox"/> Otro dolor/incomodidad:
<input type="checkbox"/> Los pulmones	<input type="checkbox"/> La circulación	

Patient Health Questionnaire PHQ-9
 Nine Symptom Checklist (Spanish)

Nombre _____ Médico _____ Fecha De Hoy _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿cuan qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
	0	1	2	3
a. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a o en dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sentirse cansado/a o tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tener poco apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sentir falta de amor propio – o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta – o de lo contrario, esta tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuan difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas? <input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Extremadamente difícil				
k. Si estos problemas le han causado dificultad, ¿le han causado dificultad por dos años o más? <input type="checkbox"/> Sí, he tenido dificultad con estos problemas por dos años o más. <input type="checkbox"/> No, no he tenido dificultad con estos problemas por dos años o más.				

*Si tiene pensamientos de que es mejor estar muerto/a o hacerse daño en alguna manera, favor de hablar con su médico, ir a una sala de emergencia o llamar al 911.

Number of symptoms: _____ Total score: _____