

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____



Evaluación de Riesgos de Salud en la Visita Anual de Bienestar

Información personal

1. Farmacia preferida: _____
2. Laboratorio preferido: _____
3. Lugar preferido para estudios de imagen/radiografías: _____

Equipo de Atención

Especialidad	Nombre del médico	Última vez visto
Cardiología		
Dermatología		
Dentista		
Otorrinolaringología (Oído, Nariz y Garganta)		
Endocrinología		
Oftalmología / Optometría (ojo)		
Gastroenterología		
Ginecología		
Hematología/Oncología		
Nefrología		
Neurología		
Ortopedia		
Podología		
Neumología		
Psiquiatría / Psicología		
Reumatología		
Urología		
Otro:		

¿Has visto a un dentista en los últimos 6 meses:	Sí	No
--	----	----

Evaluación del dolor

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido dolor?

Nunca	Casi nunca	A veces	Mayoría de las veces	Casi todo el tiempo
-------	------------	---------	----------------------	---------------------

¿Dónde está el dolor? _____

Califique su dolor en la siguiente escala:

1 😊 | 2 😊 | 3 😊 | 4 😊 | 5 😊 | 6 😊 | 7 😊 | 8 😊 | 9 😊 | 10 😊

Alergias – Medicamentos, Alimentos, Medio ambiente

Medicamentos: Incluya medicamentos recetados, vitaminas/suplementos y medicamentos de venta libre (OTC)

Nombre	Dosis	Nombre	Dosis

Historia personal y familiar (marque las columnas que correspondan)

	Ninguno	Propio	Padres	Hermano	Hermana	Hijo(a)
Insuficiencia cardíaca congestiva						
Diabetes						
EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) o Asma						
Hipertensión						
Accidente cerebrovascular						
Enfermedad renal						
Obesidad						
Enfermedad del hígado						
Trastorno Bipolar o Esquizofrenia						
Demencia						
Cancer						
Depresión						
Cirugías importantes						

Evaluación del Estado Funcional

¿Es capaz de cuidarse de manera independiente?	Sí	No	Nota:
¿Es ciego o tiene dificultad para ver?	Sí	No	Nota:
¿Usa gafas o lentes de contacto?	Sí	No	Nota:
¿Es sordo o tiene serias dificultades para oír?	Sí	No	Nota:
¿Usa audífonos u otros dispositivos?	Sí	No	Nota:
¿Tiene dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?	Sí	No	Nota:
¿Tiene dificultad para caminar o subir escaleras?	Sí	No	Nota:
¿Tiene dificultad para vestirse, bañarse, arreglarse o usar el baño?	Sí	No	Nota:
¿Tiene dificultad para hacer sus mandados solo?	Sí	No	Nota:
¿Tiene dificultades con el transporte?	Sí	No	Nota:

Actividad física

¿Cuántos días a la semana hace ejercicio?	0	1-2	3-4	5+	No lo sé	
¿Qué tan intensa es su actividad física?	Ligera	Moderada	Intensa	Muy Intensa	No lo sé	No hago ejercicio

Consumo de Tabaco, Alcohol y Drogas

¿Usa algún producto de tabaco? (Cigarrillos, tabaco para masticar, pipas, puros, etc)	Sí	No
---	----	----

Si respondió “sí”, ¿está interesado en dejar el tabaco?	Sí	No	No uso tabaco
---	----	----	---------------

En el último año, ¿cuántas veces ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	A veces	Frecuentemente	Número de días:
---	-------	---------	----------------	-----------------

¿Usa alguna droga ilegal o toma algún medicamento recetado que no le haya sido prescrito?	No	Sí (por favor describa):
---	----	--------------------------

Directrices Anticipadas

¿Su familia o amigos saben lo que usted desea en una situación de emergencia o si no pudiera hablar por sí mismo?

No | Sí, he completado lo siguiente (marque todo lo que corresponda):

	Testamento en vida (Directiva anticipada)
	Orden de No Reanimar (DNR)
	Poder notarial para atención médica
	POLST (en algunos estados conocido como: POST, MOST, MOSLST, TPOPP)
	Cinco deseos

¿Le gustaría recibir más información?

Sí	No	No estoy seguro
----	----	-----------------

Inicio/Seguridad

¿Cuál es su situación de vivienda? (marca todas las que correspondan):

	Vivo con uno o más hijos o dependientes
	Vivo en una residencia asistida
	Vivo solo
	Tengo vivienda hoy, pero me preocupa perderla en el futuro
	No tengo vivienda (me quedo con otras personas, en la calle, en un coche, en un edificio abandonado, o en estaciones/parques)

Apoyo social/emocional

¿Cuál de los siguientes se aplica a usted? (marque todas las que correspondan):

	Tengo una familia que me apoya
	Tengo amigos que me apoyan
	Participo en la iglesia, en clubes u otros grupos
	Ninguno de los mencionados

¿Le gustaría recibir más información?

Sí	No	No estoy seguro
----	----	-----------------

Dormir

¿Cuántas horas duerme normalmente cada noche?	0-3	4-6	7-10	No lo sé
¿Ronca, o alguien le ha dicho que ronca?	Sí	No	No lo sé	
En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia se ha sentido somnoliento durante el día?	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca
¿Alguna vez le han diagnosticado apnea del sueño u otro trastorno del sueño?	Sí	No	No lo sé	
¿Está utilizando actualmente o ha utilizado C-PAP/Bi-PAP?	Sí	No		

Cuestionario Sobre la Salud del Paciente (PHQ-2)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas:	Para nada	Varios días:	Más de la mitad de esos días:	Casi todos los días:
Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
Sentirse deprimido, decaído o sin esperanza	0	1	2	3

Puntuación total: _____

Riesgos de caídas (marque todo lo que corresponda):

Sí	No	Me he caído en el último año
Sí	No	Uso o me han aconsejado usar un bastón o un andador para moverme con seguridad
Sí	No	A veces me siento inestable cuando camino
Sí	No	Me apoyo en los muebles para mantener el equilibrio cuando camino dentro de casa
Sí	No	Me preocupa caerme
Sí	No	Necesito empujar con las manos para levantarme de una silla
Sí	No	Tengo un poco de dificultad para subir a la acera/Banqueta
Sí	No	A menudo tengo que correr al baño
Sí	No	He perdido algo de sensibilidad en mis pies
Sí	No	Tomo medicamentos que a veces me hacen sentir mareado o más cansado de lo habitual
Sí	No	Tomo medicamentos para ayudarme a dormir o mejorar mi estado de ánimo
Sí	No	A menudo me siento triste o deprimido

Puntuación total: _____

¿Tiene algún problema con lo siguiente en su hogar? (marque todo lo que corresponda):

	Infestación de insectos		
	Moho o humedad en paredes/techos		
	Pintura con plomo o tuberías de plomo		
	Calefacción que no calienta lo suficiente		
	Horno o estufa que no funcionan		
	Detectores de humo que no funcionan o están ausentes		
	Fugas de agua		
	Ninguno de los anteriores		
¿Se siente seguro en su casa?	Sí	No	
¿Tiene su hogar detectores de humo en funcionamiento?	Sí	No	No sé
¿Tiene alfombras o tapetes pequeños en el piso donde pueda tropezar?	Sí	No	
¿Tiene barras de apoyo en el baño?	Sí	No	
¿Tiene iluminación adecuada en tu hogar?	Sí	No	
¿Tiene barandales o agarraderas en las escaleras de su casa?	Sí	No	No tengo escaleras
¿Se abrocha el cinturón de seguridad en los vehículos?	Sí	No	No viajo en vehículos

Cuestionario para Adultos de Experiencias Adversas en la Infancia

Comité Consultivo Clínico del Cirujano General de California

Nuestras relaciones y experiencias, incluso las de la infancia, pueden afectar nuestra salud y bienestar. Las experiencias difíciles de la infancia son muy comunes. Díganos si ha tenido alguna de las experiencias enumeradas a continuación, ya que pueden estar afectando su salud hoy o pueden afectar su salud en el futuro. Esta información lo ayudará a usted y a su proveedor a comprender mejor cómo trabajar juntos para apoyar su salud y bienestar.

Instrucciones: A continuación hay una lista de 10 categorías de Experiencias Adversas en la Infancia (ACEs por sus siglas en inglés.) En la lista a continuación, coloque una marca de verificación junto a cada categoría de ACEs que experimentó antes de cumplir 18 años. Luego, sume el número de categorías de ACE que experimentó y coloque el número total en la parte inferior.

¿Sintió que no tenía suficiente para comer, tenía que usar ropa sucia o no tenía a nadie que lo protegiera o lo cuidara?	☐
¿Perdió a uno de sus padres a causa de divorcio, abandono, muerte u otra razón?	☐
¿Vivió con alguien que estaba deprimido, enfermo mental o intentó suicidarse?	☐
¿Vivió con alguien que tuvo problemas del alcohol y/o drogas, incluyendo medicamentos recetados?	☐
¿Sus padres o algún adulto en su casa alguna vez se golpearon o amenazaron con lastimarse?	☐
¿Vivió con alguien que fue a la cárcel o prisión?	☐
¿Alguna vez uno de sus padres o algún adulto en su casa le ha insultado o menospreciado?	☐
¿Alguno de sus padres o algún adulto en su hogar alguna vez lo golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna manera?	☐
¿Sintió que nadie en su familia lo quería o pensaba que era especial?	☐
¿Experimentó contacto sexual no deseado (como manosear / penetración oral / anal / vaginal)?	☐
Su calificación ACE es el número total de respuestas marcadas	

¿Usted cree que estas experiencias han afectado a su salud?



No mucho



Algo



Mucho

Las experiencias en la infancia son solo una parte de la historia de vida de una persona.

Hay muchas maneras de sanar a lo largo de nuestra vida.

Háganos saber si tiene preguntas sobre privacidad o confidencialidad.

Este cuestionario está destinado a pacientes mujeres entre las edades de 21 y 41 años. Por favor complételo si corresponde.

HITS (Herir, Insultar, Amenazar, Gritar)

Herramienta de detección de violencia doméstica

Instrucciones: Lea cada afirmación y marque con qué frecuencia sucede.

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia su pareja:

	Nunca (1)	Rara vez (2)	A veces (3)	Con bastante frecuencia (4)	Con frecuencia (5)
1. ¿Te ha lastimado físicamente?					
2. ¿Te insulta?					
3. ¿Te amenaza con hacer daño?					
4. ¿Te grita o maldice?					
5. ¿Forzarte a tener actividades sexuales?					

Score range: 5–25

Cutoff for IPV: ≥ 7

Iverson KM, King MW, Gerber MR, et al. Accuracy of an intimate partner violence screening tool for female VHA patients: a replication and extension. J Trauma Stress. 2015 Feb;28(1):79–82. doi: 10.1002/jts.21985 [doi]. PMID: 25624170. [PubMed] [CrossRef]

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una "✓" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

Para nada difícil ☐	Un poco difícil ☐	Muy difícil ☐	Extremadamente difícil ☐
---	---	---	--

NIDA CTN Herramienta TAPS en español

Herramienta TAPS parte 1

Instrucciones generales:

La herramienta TAPS parte 1 es una prueba de 4 preguntas del uso de tabaco, consumo de alcohol, uso indebido de medicamentos recetados y uso de sustancias ilícitas durante el último año. La pregunta 2 sólo debe ser contestada por hombres y la 3 solo por mujeres. Cada una de las cuatro preguntas de opción múltiple tiene cinco respuestas posibles de las cuales debe elegir una. Marque la casilla para seleccionar su respuesta.

Segmento:

Número de visita:

1. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha utilizado algún producto de tabaco (por ejemplo, cigarrillos, cigarrillos electrónicos, puros, pipas o tabaco sin humo)?

☐ Diario o casi diario	☐ Semanal	☐ Mensual
☐ Menos de una vez al mes	☐ Nunca	

2. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido 5 o más bebidas que contengan alcohol en un día? Una bebida estándar es aproximadamente 1 vaso pequeño de vino (5 onzas), 1 cerveza (12 oz), o un caballito (“shot” o “trago”) de licor. (Nota: esta pregunta sólo debe ser contestada por hombres).

☐ Diario o casi diario	☐ Semanal	☐ Mensual
☐ Menos de una vez al mes	☐ Nunca	

3. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido 4 o más bebidas que contengan alcohol en un día? Una bebida estándar es aproximadamente 1 vaso pequeño de vino (5 onzas), 1 cerveza (12 oz), o 1 caballito de licor. (Nota: esta pregunta sólo debe ser contestada por mujeres).

☐ Diario o casi diario	☐ Semanal	☐ Mensual
☐ Menos de una vez al mes	☐ Nunca	

4. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha utilizado drogas, como marihuana, cocaína o crack, heroína, metanfetamina (crystal meth), alucinógenos, Éxtasis/MDMA?

☐ Diario o casi diario	☐ Semanal	☐ Mensual
☐ Menos de una vez al mes	☐ Nunca	

5. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha utilizado medicamentos recetados sólo para sentir el efecto, más de lo prescrito o que no fueron prescritos para usted? Medicamentos recetados que pueden ser utilizados de esta manera incluyen: analgésicos opiáceos (por ejemplo, OxyContin, Vicodin, Percocet, Methadone) medicamentos para la ansiedad o el sueño (por ejemplo, Xanax, Ativan, Klonopin) Medicamentos para el ADHD (por ejemplo, Adderall o Ritalin)

☐ Diario o casi diario	☐ Semanal	☐ Mensual
☐ Menos de una vez al mes	☐ Nunca	



PRAPARE

Protocol for Responding to and Assessing
Patients' Assets, Risks, and Experiences

PRAPARE: Protocol for Responding to and Assessing Patient Assets, Risks, and Experiences **(Protocolo para responder y evaluar los recursos, riesgos y experiencias de los pacientes)**

Versión en papel de PRAPARE para su implementación a partir del 2 de septiembre de 2016

Características personales

1. ¿Es usted hispano o latino?

☐	Sí	☐	No	☐	Prefiero no responder a esta pregunta
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	---------------------------------------

2. ¿Cuál es su raza? Marque todas las que correspondan.

☐	Asiático	☐	Nativo de Hawái
☐	Residente de las Islas del Pacífico	☐	Moreno/afroamericano
☐	Blanco	☐	Indígena de los Estados Unidos/nativo de Alaska
☐	Otra (por favor, escríbalo):		
☐	Prefiero no responder a esta pregunta		

3. En algún momento de los últimos 2 años, ¿ha sido el trabajo agrícola el ingreso principal de su familia?

☐	Sí	☐	No	☐	Prefiero no responder a esta pregunta
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	---------------------------------------

4. ¿Ha servido en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

☐	Sí	☐	No	☐	Prefiero no responder a esta pregunta
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	---------------------------------------

5. ¿Qué idioma se siente más cómodo hablando?

☐	Inglés
☐	Otro idioma distinto al inglés (por favor, escríbalo)
☐	Prefiero no responder a esta pregunta

Familia y hogar

6. ¿Cuántos miembros de su familia viven con usted? (usted incluido) _____

☐	Prefiero no responder a esta pregunta
--------------------------	---------------------------------------

7. ¿Cuál es su situación actual de vivienda?

☐	Tengo vivienda
☐	No tengo vivienda (vivo con otras personas, en un hotel, en un albergue, vivo en la calle, en una playa, en un automóvil o en un parque)
☐	Prefiero no responder a esta pregunta

8. ¿Le preocupa poder perder su vivienda?

☐	Sí	☐	No	☐	Prefiero no responder a esta pregunta
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	---------------------------------------

9. ¿Cuál es su dirección?

Calle: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Dinero y recursos

10. ¿Cuál es el nivel de escuela más alto que ha completado?

☐	menos de escuela secundaria (menos de 12-o grado)	☐	diploma de escuela secundaria o GED
☐	Mas de escuela secundaria o GED	☐	Prefiero no responder a esta pregunta

11. ¿Cuál es su situación de trabajo?

☐	Desempleado	☐	Trabajo de tiempo parcial o temporal	☐	Trabajo de tiempo completo
☐	Desempleado pero no busca trabajo (p. ej., estudiante, jubilado, incapacitado, cuidador principal no remunerado). Por favor, escríbalo:				
☐	Prefiero no responder a esta pregunta				

12. ¿Cuál es su seguro médico principal?

☐	Ninguno/no asegurado	☐	Medicaid
☐	CHIP Medicaid	☐	Medicare
☐	Otro seguro público (no CHIP)	☐	Otro seguro público (CHIP)



PRAPARE

Protocol for Responding to and Assessing
Patients' Assets, Risks, and Experiences

13. Durante el año pasado, ¿cuál fue el ingreso total combinado de usted y los miembros de su familia? Esta información nos ayudará a determinar si usted califica para algún beneficio. 14. Durante el último año, ¿usted o algún miembro de su familia tuvieron que dejar de comprar algo que realmente se necesitaba entre las siguientes opciones? Marque todas las que correspondan. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 5%;">Sí</td> <td style="width: 5%;">No</td> <td style="width: 40%;">Alimentos</td> <td style="width: 5%;">Sí</td> <td style="width: 5%;">No</td> <td style="width: 40%;">Ropa</td> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>Servicios públicos</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>Cuidado infantil</td> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>No</td> <td colspan="4">Medicamentos o cualquier tipo de cuidado de la salud (médico, dental, mental, oftalmológico)</td> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>Teléfono</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>Otra (por favor, escríbalo):</td> </tr> </table> 15. ¿La falta de transporte le ha impedido acudir a consultas médicas, reuniones, al trabajo o conseguir cosas necesarias para la vida cotidiana? Marque todas las que correspondan. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 95%;">Sí, me ha impedido acudir a consultas médicas o a recoger mis medicamentos</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Sí, me ha impedido ir a reuniones o citas no médicas, al trabajo o conseguir cosas que necesito</td> </tr> <tr> <td></td> <td>No</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> Salud social y emocional 16. ¿Con qué frecuencia ve o conversa con personas cercanas por las que se preocupa? (Por ejemplo: conversar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, asistir a la iglesia o a reuniones de club) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 30%;">Menos de una vez por semana</td> <td style="width: 70%;">1 o 2 veces por semana</td> </tr> <tr> <td>3 o 5 veces por semana</td> <td>5 o más veces por semana</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table>	Sí	No	Alimentos	Sí	No	Ropa	Sí	No	Servicios públicos	Sí	No	Cuidado infantil	Sí	No	Medicamentos o cualquier tipo de cuidado de la salud (médico, dental, mental, oftalmológico)				Sí	No	Teléfono	Sí	No	Otra (por favor, escríbalo):		Sí, me ha impedido acudir a consultas médicas o a recoger mis medicamentos		Sí, me ha impedido ir a reuniones o citas no médicas, al trabajo o conseguir cosas que necesito		No		Prefiero no responder a esta pregunta	Menos de una vez por semana	1 o 2 veces por semana	3 o 5 veces por semana	5 o más veces por semana	Prefiero no responder a esta pregunta		17. Estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir a la noche porque su mente está preocupada. ¿Que tan estresado se encuentra? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 50%;">Para nada</td> <td style="width: 50%;">Un poco</td> </tr> <tr> <td>Algo</td> <td>Bastante</td> </tr> <tr> <td>Mucho</td> <td>Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> Preguntas adicionales opcionales 18. En el último año, ¿ha pasado más de 2 noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional juvenil? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 33%;">Sí</td> <td style="width: 33%;">No</td> <td style="width: 34%;">Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> 19. ¿Es refugiado? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 33%;">Sí</td> <td style="width: 33%;">No</td> <td style="width: 34%;">Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> 20. ¿Se siente física o emocionalmente seguro en su actual lugar de residencia? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 33%;">Sí</td> <td style="width: 33%;">No</td> <td style="width: 34%;">No estoy seguro</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> 21. Durante el último año, ¿tuvo miedo de su pareja o expareja? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 33%;">Sí</td> <td style="width: 33%;">No</td> <td style="width: 34%;">No estoy seguro</td> </tr> <tr> <td colspan="3">No he tenido pareja durante el último año</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table>	Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho	Prefiero no responder a esta pregunta	Sí	No	Prefiero no responder a esta pregunta	Sí	No	Prefiero no responder a esta pregunta	Sí	No	No estoy seguro	Prefiero no responder a esta pregunta			Sí	No	No estoy seguro	No he tenido pareja durante el último año			Prefiero no responder a esta pregunta		
Sí	No	Alimentos	Sí	No	Ropa																																																													
Sí	No	Servicios públicos	Sí	No	Cuidado infantil																																																													
Sí	No	Medicamentos o cualquier tipo de cuidado de la salud (médico, dental, mental, oftalmológico)																																																																
Sí	No	Teléfono	Sí	No	Otra (por favor, escríbalo):																																																													
	Sí, me ha impedido acudir a consultas médicas o a recoger mis medicamentos																																																																	
	Sí, me ha impedido ir a reuniones o citas no médicas, al trabajo o conseguir cosas que necesito																																																																	
	No																																																																	
	Prefiero no responder a esta pregunta																																																																	
Menos de una vez por semana	1 o 2 veces por semana																																																																	
3 o 5 veces por semana	5 o más veces por semana																																																																	
Prefiero no responder a esta pregunta																																																																		
Para nada	Un poco																																																																	
Algo	Bastante																																																																	
Mucho	Prefiero no responder a esta pregunta																																																																	
Sí	No	Prefiero no responder a esta pregunta																																																																
Sí	No	Prefiero no responder a esta pregunta																																																																
Sí	No	No estoy seguro																																																																
Prefiero no responder a esta pregunta																																																																		
Sí	No	No estoy seguro																																																																
No he tenido pareja durante el último año																																																																		
Prefiero no responder a esta pregunta																																																																		



PRAPARE

Protocol for Responding to and Assessing
Patients' Assets, Risks, and Experiences

☐		
--------------------------	--	--

© 2016. National Association of Community Health Centers, Inc., Association of Asian Pacific Community Health Organizations y Oregon Primary Care Association. PRAPARE es propiedad de NACHC y sus socios. Todos los derechos reservados. Para obtener más información acerca de esta herramienta, visite nuestro sitio web www.nachc.org/PRAPARE o comuníquese con nosotros a mjester@nachc.org.



SBQ-R Cuestionario de Conductas Suicidas (Revisado)

Nombre del paciente: _____

Fecha de la visita: _____

Instrucciones: Marque el número que mejor describa su situación.

1. ¿Alguna vez ha pensado o intentado quitarse la vida?

- 1. Nunca
- 2. Solo fue un pensamiento pasajero
- 3a. He tenido un plan al menos una vez pero no lo intenté
- 3b. He tenido un plan al menos una vez y realmente quería morir
- 4a. He intentado suicidarme pero no quería morir
- 4b. He intentado suicidarme y realmente esperaba morir

2. ¿Con qué frecuencia ha pensado en suicidarse en el último año?

- 1. Nunca
- 2. Rara vez (1 vez)
- 3. A veces (2 veces)
- 4. Frecuentemente (3-4 veces)
- 5. Muy frecuentemente (5 o más veces)

3. ¿Alguna vez le ha dicho a alguien que iba a suicidarse o que podría hacerlo?

- 1. No
- 2a. Sí, una vez, pero no quería morir
- 2b. Sí, una vez, y realmente quería morir
- 3a. Sí, más de una vez, pero no quería hacerlo
- 3b. Sí, más de una vez, y realmente quería hacerlo

4. ¿Qué tan probable es que intente suicidarse en el futuro?

- 0. Nunca
- 1. Ninguna posibilidad
- 2. Poco probable
- 3. Improbable
- 4. Probable
- 5. Bastante probable
- 6. Muy probable

(Adaptado de Osman et al., 1999)

Herramienta para la Detección del Riesgo de Suicidio

Pregúntele al paciente:

1. En las últimas semanas, ¿ha deseado estar muerto? ☐ Sí ☐ No
2. En las últimas semanas, ¿ha sentido que usted o su familia estarían mejor si estuviera muerto? ☐ Sí ☐ No
3. En la última semana, ¿ha estado pensando en suicidarse? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? ☐ Sí ☐ No
Si contestó que sí, ¿cómo? _____

¿Cuándo? _____

Si el paciente contesta que **Sí** a alguna de las preguntas anteriores, hágale la siguiente pregunta para evaluar la agudeza:

5. ¿Está pensando en suicidarse en este momento? ☐ Sí ☐ No

Siguientes pasos:

Si el paciente contesta que «No» a todas las preguntas de la 1 a la 4, la prueba de detección está completa (no es necesario hacerle la pregunta 5).

No hay necesidad de intervención (*Nota: la opinión clínica siempre puede anteponerse a una prueba de detección negativa).

Si el paciente contesta que **“Sí”** a cualquier pregunta de la 1 a la 4 o se niega a responder, esto se considera una **prueba de detección positiva**. Hágle la pregunta 5 para evaluar la agudeza:

- ☐ **“Sí”** a la pregunta número 5 = **prueba de detección positiva aguda** (identificación de riesgo inminente)
 - El paciente necesita una evaluación de salud mental completa o de seguridad **URGENTE**. **El paciente no puede irse hasta que se evalúe por seguridad.**
 - Mantenga el paciente a la vista. Retire todos los objetos peligrosos de la habitación. Avísele al médico responsable de la atención del paciente.
- ☐ **“No”** a la pregunta 5 = **prueba de detección positiva no aguda** (identificación de riesgo)
 - El paciente necesita una evaluación de seguridad **breve** del riesgo de suicidio para determinar si es necesaria una evaluación **completa** de salud mental. **El paciente no puede irse hasta que se evalúe por seguridad.**
 - Avísele al médico responsable de la atención del paciente.

Ofrézcales recursos a todos los pacientes

- Red Nacional de Prevención del Suicidio, las 24 horas, los siete días de la semana: 1-800-273-TALK (8255); en español: 1-888-628-9454
- Crisis Text Line, las 24 horas, los siete días de la semana (en inglés): envíe un mensaje de texto con la palabra “HOME” al 741-741