Questioniario de Adultos de Salud Mental

INFORMACION PARA SU DOCTOR

La salud física y emocional van de la mano. Usted puede ayudarnos a ofrecerle la mejor atención médica posible respondiendo a estas preguntas. Por favor marque la casilla que mejor lo describe. Si usted no desea responder a una pregunta, puede dejarla en blanco.

Nombre _____ **Fecha:** _____

PHQ-2+1 ***Por favor circule la respuesta que mejor lo describe a usted durante las últimas dos semanas.***	**Nunca**	**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 siente triste, deprimido o sin esperanza	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
3. Piensa que sería mejor estar muerto o que quiere hacerse daño a sí mismo de alguna manera	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**

AUDIT-3, NM-ASSIST ***Por favor circule la respuesta que mejor describe su uso de alcohol o drogas. Las drogas incluyen todo tipo de drogas, marihuana, metanfetamina, cocaína o drogas de prescripción, tales como tranquilizantes o analgésicos que no se toma como se lo indico su médico***					
1. ¿Con qué frecuencia toma alcohol?	**Nunca**	**Una vez por mes o menos**	**2-4 veces al mes**	**2-3 veces por semana**	**4 o más veces a la semana**
2. ¿Cuántas bebidas de alcohol toma usted en un día típico? (Dejar en blanco si usted no bebe alcohol)	**1 o 2 bebidas al día**	**3 o 4 bebidas al día**	**5 o 6 bebidas al día**	**7 a 9 bebidas al día**	**10 o más bebidas al día**

3. En el último año tomo * 6 o más bebidas de alcohol en un día, si usted es varón *5 o más si son mujeres. (una bebida significa 12 oz de cerveza, 1.5 oz. de licor o 5 oz. de vino)	**Nunca**	**Menos de una vez por mes**	**Mensual**	**Semanal**	**Del diario o casi diario**

4. En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces ha consumido marihuana, otras drogas o usado drogas de prescripción sin fin de uso médico?	**Nunca 0**	**Menos de una vez por mes 2**	**Mensual 3**	**Semanal 4**	**A diario o casi diario 6**
5. En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces ha tenido un fuerte deseo o necesidad de usar alcohol o drogas?	**Nunca 0**	**Menos de una vez por mes 3**	**Mensual 4**	**Semanal 5**	**A diario o casi diario 6**
6. ¿En los últimos 3 meses, el uso de alcohol o drogas le trajo problemas de salud, sociales, legales o financieros?	**Nunca 0**	**Menos de una vez por mes 4**	**Mensual 5**	**Semanal 6**	**A diario o casi diario 7**
7. En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces ha dejado de hacer lo que normalmente se espera de usted debido a su uso de alcohol o drogas?	**Nunca 0**	**Menos de una vez por mes 5**	**Mensual 6**	**Semanal 7**	**A diario o casi diario 8**

8. ¿Es pelear, violencia o el miedo de ser herido un gran problema en su hogar? (Circule su respuesta)	**SI**	**NO**
9. ¿Hay problemas personales, emocionales, o familiares o alguna otra preocupación por lo cual le gustaría hablar de forma privada con su médico? (Circule su respuesta)	**SI**	**NO**
10. ¿Está usted actualmente recibiendo servicios de un psicólogo, psiquiatra, algún programa de abuso de sustancias, programa de salud mental o un consejero? (Circule su respuesta)	**SI**	**NO**

Adult Behavioral Health Screen

Patient's Name_____ Screening Date_____

Screening Results

PHQ-2 for depression was

☐ negative ☐ positive ☐ positive for suicidal ideation

AUDIT for alcohol use was

☐ negative ☐ positive

Drug use screen was

☐ negative ☐ positive

Symptoms endorsed on patient's drug and alcohol screen

☐ do not result in functional impairment.

☐ result in functional impairment.

Endorsed fighting, violence, or fear of being hurt as a problem in the home:

☐ No ☐ Yes

Other personal, emotional, or family problems:

☐ No ☐ Yes- Concern was _____

Patient currently followed by a mental health provider.

☐ No ☐ Yes- Provider is _____

Screening Summary

Patient's overall screen was:

☐ negative.

☐ positive, but patient is already followed by a mental health provider.

☐ positive and warrants further monitoring.

☐ positive and warrants further assessment.

Intervention

☐ Reviewed screening results with patient/family.

☐ Discussed with patient/family impact of screening results on patient's health & need for:

☐ continued monitoring of patient's symptoms.

☐ further assessment by a behavioral health provider.

☐ patient to follow-up with patient's current mental health provider.

☐ Patient/family given copy of screening results.

Referral

☐ No referral made at this time.

☐ Referred patient to in house Behavioral Health/ Pediatric Psychology service for further assessment and treatment recommendations.

☐ Referred patient to_____

☐ Patient/family has appointment_____

☐ Patient/family given Behavioral Health contact (800) 652-2010 to call for assistance with location a behavioral health provider to conduct further assessment.

Comments

_____

_____

_____

Physician signature:_____Date:_____