

Estimado Paciente,

Gracias por seleccionarme como su psicólogo. Como psicólogo clínico bilingüe - Inglés / Español, con nivel Ph.D, con más de 20 años de experiencia en diagnósticos psicológicos, trato a una variedad de pacientes, con edades desde la infancia hasta a la edad adulta.

A continuación encontrará una descripción general de lo que puede esperar. Por favor lea y ponga sus iniciales en cada punto.

_____ Será programado para tres citas. Tenga en cuenta que las dos primeras citas tienen el potencial de durar de dos (2) a cuatro (4) horas.

_____ **Primera Cita:**

Consulta Inicial y Evaluación, Diagnóstico y Plan de Tratamiento

***NOTA: Los pacientes que han presentado su documentación completa, antes de su cita, serán vistos de primero.**

_____ **Segunda Cita:**

Las Pruebas Psicológicas

Las pruebas consisten en lo siguiente: Inteligencia, Logro y pruebas de Estado y de realidad emocional. Estas pruebas ayudan a determinar el diagnóstico diferencial; como el Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención, depresión clínica e ingreso académico. Una prueba de detección también se puede administrar para descartar factores emocionales que pueden estar contribuyendo a un comportamiento negativo.

_____ **Tercera Cita:**

Los Resultados de las Pruebas Psicológicas y de la Prueba de Detección

Usted recibirá un informe psicológico completo y detallado en este momento. Resultados verbales sólo están disponibles para la prueba de detección. Además, se le dará referencias sobre la base de su diagnóstico.

_____ **Teléfono/ Política de Aparatos Electrónicos:**

Por respeto a nuestros clientes, tenemos una política de no uso de teléfono celular. Si necesita utilizar su teléfono, por favor salga al pasillo. Si desea escuchar videos de música / reloj en su dispositivo electrónico, se requiere el uso de audífonos. Para la privacidad de los pacientes, no se permite tomar fotos en nuestra oficina. Gracias por respetar a todos nuestros clientes.

_____ **Una vez más, las citas pueden durar entre dos (2) a cuatro (4) horas. Durante su visita, no se permite comer en nuestra sala de espera. Apreciamos su paciencia y respetar nuestra política de no alimentos.**

Mi personal y yo esperamos poder ayudarle.

Sinceramente,



Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.

Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.

Consentimiento Fundamentado

Nombre del Paciente

Para servir mejor a nuestros pacientes, hemos puesto en práctica importantes políticas y procedimientos de oficina respecto a su tratamiento con el Dr. Charles E. Gutiérrez. Por favor, lea detenidamente. Si usted tiene alguna pregunta, por favor, consulte con su médico o el personal de la oficina.

Citas: Los pacientes son atendidos sólo con cita previa. La puntualidad es importante! Si usted tiene más de 15 minutos de retraso, el Dr. Gutiérrez no lo verá y su cita será reprogramada. En cada cita usted tendrá que presentar su tarjeta / Medicaid de seguro. Los pacientes que han presentado su documentación completa, antes de su cita, serán vistos por primera vez. Las dos primeras citas pueden durar entre dos (2) a cuatro (4) horas. Las políticas de planificación de desarrollo y procedimientos se pueden encontrar en su Paquete de Nuevo paciente.

Pago de Honorarios: Se apreciará el pago en cada visita. Le ayudaremos a completar su reclamación de seguro de salud; Sin embargo, el cliente, no el seguro es responsable del pago de la factura. Si se necesita otro arreglo, por favor consulte con nuestro personal. Se harán todos los esfuerzos para establecer un método aceptable de pago. Si el cliente no cumple con intentos de negociar el pago, la oficina del Dr. Gutiérrez utilizará una agencia externa de cobros externa para las cuentas en mora.

Condiciones de Cancelación: Si necesita cancelar una cita, por favor notifique a nuestra oficina tan pronto como sea posible. Una cita perdida sin previo aviso de 24 horas se cobrará como una sesión ordinaria y se le cobrará una multa de \$ 25.00 por no haberse presentado.

Política de No Haberse Presentado: Como una cortesía a nuestros pacientes y la oficina, es importante que mantenga sus citas programadas. No asistir a una cita significa una pérdida para nosotros y para otro paciente para recibir tratamiento. Por lo tanto, si no se presenta a tres citas consecutivas, después de tres (3) no consecutivos, muestra, lo referiremos a otros lugares para sus necesidades de salud mental.

Servicios de llamadas de Emergencia: En caso de una emergencia, por favor vaya al hospital más cercano o llame al 911, ya que el Dr. Gutiérrez no ofrece servicio las 24 horas.

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo con el Consentimiento Fundamentado, establecido por la oficina del Dr. Gutiérrez.

En letra de molde

Paciente / Primera del Representante Personal y Apellido

Relación con el Paciente

Firma

Nombre y Apellido del Paciente / Representante Personal

Fecha

Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.

Políticas de Programación de Citas y Procedimientos

1. El día hábil antes de su cita, le llamaremos para confirmar su cita.
*Esto se hará de lunes a jueves entre las 9:00 a.m. y las 11:30 a.m. y viernes de 9:00 a.m. y las 12:00 p.m.
2. Si llamamos y no responde ninguno vamos a dejar un correo de voz explicando:
Si no recibimos una confirmación de su cita para las 2:00 p.m., esa misma tarde, cancelaremos su cita.
3. Si dejamos un mensaje de voz en nuestro 1er intento para confirmar su cita y no hemos recibido respuesta de usted, vamos a llamar una segunda vez entre las 2:00 p.m. y 3:00 p.m.
4. Si no podemos encontrarlo directamente a usted en el segundo intento, vamos a dejar un mensaje de voz que le recomienda que llame a nuestra oficina para reprogramar una nueva cita, ya que su cita original ha sido cancelado.

Si su número de contacto ha cambiado o el servicio telefónico ha sido interrumpido, es su responsabilidad ponerse en contacto con nuestra oficina y facilitarnos un nuevo número de contacto.

Debido al gran número de pacientes con citas programadas en esta oficina, estas políticas se cumplirán y no se harán excepciones.

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo con las políticas y procedimientos de programación, establecidos por la oficina del Dr. Gutiérrez.

Nombre impreso	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Paciente / representante personal nombre y apellido	Relación con el paciente
Firma	<input type="text"/>	Fecha de hoy <input type="text"/>
	Paciente / representante personal nombre y apellido	

AUTORIZACIÓN DEL FORMULARIO DE PRIVACIDAD HIPAA

** Autorización para el uso o divulgación de la información médica protegida
(Requerido por la Ley de Responsabilidad, 45 C.F.R. Partes 160 y 164 y Portabilidad del Seguro de Salud)**

****1. AUTORIZACIÓN****

Autorizo al Dr. Charles E. Gutiérrez, Ph.D. (Profesional de cuidados de la salud) para usar y divulgar la información protegida de salud mental se describe a continuación a:

Persona (s) en busca de la información
(Médicos, escuelas, abogados, miembros
de la familia, etc.)

****2. PERÍODO DE VIGENCIA****

Esta autorización para la divulgación de la información abarca el período de cuidado de la salud a partir de:

a. Fecha a Fecha

****O****

b. todos los períodos pasados, presentes y futuros (por un año solamente)

3. Esta información médica puede ser utilizada por la persona que autorizo para recibir esta información para el tratamiento o consulta médica, pago de facturas o reclamaciones u otros fines que yo ordene.

4. Esta autorización tendrá efecto (1) un año a partir de la fecha de hoy , momento en el que expira esta autorización.

5. Entiendo que en cualquier momento tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito. Entiendo que una anulación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad que haya actuado en consonancia con mi autorización o es obtenida con mi autorización como una condición para obtener la cobertura del seguro y el asegurador tiene derecho a oponerse a la demanda.

6. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a que yo firme esta autorización.

7. Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser revelada por el recipiente y pueda no estar protegida por la ley federal o estatal.

Firma

Escriba su nombre y apellido

Paciente / Representante Personal

Paciente / Representante Personal

Fecha

Relación con el Paciente

Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.
ADULTO - PACIENTE/INFORMACION DEL SEGURO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre Segundo Nombre Apellido(s)
SSN Fecha de Nacimiento Edad Sexo
Estado Civil Licencia de Conducir # Estado
Dirección Ciudad Estado Código Postal
Teléfono de Casa Teléfono Móvil Teléfono del Trabajo
Email Personal Correo Electrónico del Trabajo
Estado de Empleo Empleador Puesto de Trabajo
Médico de Atención Primaria Número de Teléfono Principal
Dirección del Médico
Ciudad Estado Código Postal
Podemos llamar a su médico para que este proveedor esté informado y podamos coordinar su tratamiento? Sí No
Referido Por

Información de Contacto en caso de Emergencia:

Nombre Relación con el Paciente
Teléfono de Casa Teléfono Móvil Número Teléfono Principal

Información Sobre el Seguro Primario:

Titular de la Póliza Empleador
SSN Relación con el Paciente Nombre Aseguradora
Teléfono Aseguradora I.D. # Grupo #

Información del Seguro Secundario:

Titular de la Póliza Empleador
SSN Relación con el Paciente Nombre Aseguradora
Teléfono Aseguradora I.D. # Grupo #

Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.
ADULTO - PACIENTE/INFORMACION DEL SEGURO

¿Como se Enteró de Nosotros?

- Referencia de Médico Compañía de Seguros Revista/Articulo de Noticias Páginas Amarillas
 Amigo/Pariente Internet/Sitio Web Televisión Otro

Por este medio autorizo al Dr. Charles Gutierrez, Ph.D. para que le entreguen toda la información necesaria para procesar las reclamos de seguros médicos para autorizar los pagos de beneficios a él por los servicios prestados.

Firma

Paciente / Representante Personal

Nombre Impreso

Paciente / Representante Personal

El día de Hoy

Relación con el Paciente

Otras personas que viven en su hogar

Nombre y primer apellido	Relación contigo	Edad

Historial médico familiar

Marque lo que corresponda (historial médico familiar)

- | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Huesos | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Renal | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cardíaco | <input type="checkbox"/> Función hepática | <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Ninguno enumerado |

Otro

Marque lo que corresponda (antecedentes familiares de psiquiatría)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Bipolar | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Trastorno por adicción | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo compulsivo | |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio | <input type="checkbox"/> Trastorno de personalidad | |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Trastorno de control de impulsos | <input type="checkbox"/> Trastorno postraumático de estrés | |

Otro

Lista de cualquier hospital hsiquiátrico que haya sido internado

Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.
CUESTIONARIO PARA ADULTOS

Información del paciente

¿Por que busca tratamiento / motivo principal de esta consulta

¿Cómo calificaría la gravedad de los problemas en estos momentos? (0 - Leve ...10 - Grave)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Edad en que aparecieron los síntomas, problemas y progresión de los problemas

Historia clínica del paciente

Médico de atención primaria

Psiquiatra

Marque lo que corresponda - (historia médica del paciente)

- | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Huesos | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Renal | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Ninguno de los indicados |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cardíaco | <input type="checkbox"/> Función hepática | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | |

Otro

Favor indicar todas las condiciones y / o enfermedades médicas para las que está recibiendo tratamiento o han sido tratados en el pasado y dar fechas de tratamiento

Listar cualquier cirugía previa / hospitalizaciones (incluir fechas)

Listar cualquier alergia (si tiene actualmente)

Sospecha que está embarazada?

Sí No

¿Está dando el pecho?

Sí No

Fecha de ultimo período menstrual?

Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.

CUESTIONARIO PARA ADULTOS

Historia trauma

Exposición a violencia doméstica..... Sí No Abuso físico..... Sí No Víctima de un crimen violento... Sí No
Abuso emocional..... Sí No Abuso sexual..... Sí No Otro incidente..... Sí No
Si es otro, describir.

Historia de sustancias

Pasado o presente historia de drogas / abuso del alcohol

Indicar si utiliza cualquiera de las sustancias siguientes

- Café / cafeína _____ Copa / día Alcohol _____ Bebidas por semana
 Cigarrillos Por día _____ Por cuanto tiempo? _____
 Drogas ilegales Si es así, el tipo, cantidad y frecuencia

¿Cuándo fue la última vez que usó drogas ilegales?

¿Cuántos años de uso?

¿Alguna vez alguien le dijo que el uso de cualquier sustancia es un problema? Sí No

¿Quiénes?

¿Alguna vez ha recibido algún tipo de tratamiento por abuso de sustancias? Sí No

En caso afirmativo, describa e indique fechas (por ejemplo, desintoxicación, detox, 12 pasos, etc.)

Historia psiquiátrica

Marque lo que corresponda - (Historia psiquiátrica del paciente)

- ADHD Bipolar Discapacidad de aprendizaje Esquizofrenia
 Trastorno de adicción Depresión Trastorno obsesivo compulsivo
 Ansiedad Desorden alimenticio Desorden de personalidad
 Autismo Trastorno de control de impulsos Trastorno postraumático de estrés

Otro

Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.
CUESTIONARIO PARA ADULTOS

¿Ha visto a un psiquiatra / terapeuta antes de hoy?

Sí No

Si es así cuando fue el tratamiento?

¿Por cuanto tiempo?

Nombre del proveedor (s)

Alguna vez has estado hospitalizado en un centro psiquiátrico?

Sí No

Hospital (es)

Fecha(s)

Motivo de admision (es)

Duración de la estadía

Historial de medicamentos

Alguna vez le ha prescrito medicinas un psiquiatra / médico de atención primaria / otro proveedor (obstetra, enfermera practicante) para cualquier enfermedad psiquiátrica u otros problemas médicos?

Sí No

Si es así, qué medicamentos / dosis fueron prescritas?

Fechas (de / a)	Medicación / dosis	Tu respuesta

Si lo hizo, por qué dejó de tomar su medicación?

Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.
CUESTIONARIO PARA ADULTOS

¿Toma algún medicamentos sin receta médica / vitaminas / suplementos (incluy a dosis a frecuencia)

Lista de comprobación de problemas del paciente

Por favor indicar cuales problemas le están molestando en este momento

0 - Ninguna.....1 - Templado.....2 - Moderar.....3 - Grave.....4 - Grave

- | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Episodios previos de depresión..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | Anterior episodio de alegría..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| Sentirse triste..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | llora con facilidad..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| Se siente sin esperanzas..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | Se siente culpable..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| Se siente irritable..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | Se siente ansioso..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| Siente que no vale nada..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | Piensa en el suicidio..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| Ha intentado suicidarse antes..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | No es capaz de divertirse..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| Pérdida de interés de placeres habituales..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | Falta de motivación para realizar las tareas..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| Pérdida de interés en el sexo..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | Problemas de rendimiento sexual.... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| Confusión..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | Pérdida de energía..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| Fatiga..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | El cuerpo se siente mas lento..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| Pensamientos estan mas lentos..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | El cuerpo se siente acelerado..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| Pensamientos acelerados..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | Infeliz con su peso..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| Reciente aumento de peso / pérdida... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | Sin apetito..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| Atracones de comida..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | Vómitos intencionados..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| Problemas para dormirse..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | Duerme demasiado..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| Problemas para permanecer dormido.. | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | Se despierta demasiado temprano.... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| Pesadillas..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | Problemas de concentración..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| Problemas de memoria..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | Indecisión..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| Alejarse de los demás..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | Episodios de pánico..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |

Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.
CUESTIONARIO PARA ADULTOS

- | | |
|---|--|
| <p>Miedo a estar en público..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>El miedo al aumento de peso..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Soledad..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Comportamientos repetitivos..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Preocupación constante..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Alteraciones del intestino..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Dolor crónico..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Problemas médicos..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Oye voces..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Ve cosas que no están allí..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Ataques de rabia..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Bajo control de sí mismo..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Problemas de relaciones personales.. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Problemas de dinero..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Problemas legales..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> | <p>Miedos o fobias..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Problemas para hacer amigos..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Angustias y pensamientos no deseados <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Sueños problemáticos,
pensamientos / sentimientos acerca
de eventos traumáticos..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Ansioso, al borde..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Uso continuo de laxantes..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>La preocupación sobre su salud..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Se ha saltado algún período menstrual <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Pensamientos sospechosos/paranóicos <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Pensamientos extraños..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Ha pensado hacerle daño a alguien..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Problemas de trabajo..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Problemas con la comida..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>Problemas en el hogar..... <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> |
|---|--|

