# Indicador de Progreso del Tratamiento: Sus Signos Vitales Emocionales

Apellido

Primer nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) / /

*Version 3.0*
*Office Use Only*

MRN

*ID del Grupo/Clínico*

M A R T I N E Z

1. ¿Como ha estado emocional y psicológicamente?
☐ Mal ☐ Bastante mal ☐ Más o menos ☐ Bastante bien ☐ Bien ☐ Muy bien
2. Durante las últimas dos semanas, ¿cuánto ha tenido que reducir la cantidad de tiempo que dedicaba al trabajo o a otras actividades como resultado de problemas emocionales? ☐ Nada ☐ Reduje un poco ☐ Reduje mucho
3. ¿Toma algún medicamento para tratar un problema psicológico? ☐ Sí ☐ No ☐ No, pero me han recomendado hacerlo
4. En la última semana, ¿qué tan seguido ha pensado en hacerse daño a sí mismo o a alguien más? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

| **En las últimas DOS SEMANAS, ¿con qué FRECUENCIA . . .** | **Nunca o rara vez** | **A veces** | **A menudo** | **Todo o casi todo el tiempo** | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5. . . . se sintió triste o deprimido? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 6. . . . sintió menos placer en cosas que solía disfrutar? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 7. . . . tuvo dificultades para concentrarse? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 8. . . . se sintió desesperanzado o pesimista sobre el futuro? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 9. . . . se sintió tenso o ansioso? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 10. . . . se preocupó demasiado por las cosas? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 11. . . . estuvo en lugares o situaciones que teme? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 12. . . . tuvo pensamientos o imágenes repetidas que no desaparecían? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 13. ..tuvo problemas para conciliar el sueño, para permanecer dormido, o por dormir demasiado? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 14. . . . tuvo recuerdos, pensamientos o imágenes perturbadoras repetidas de una experiencia pasada atemorizante? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 15. . . . estuvo insatisfecho de sus relaciones con otros? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 16. ...se sintió culpable por su uso de drogas o alcohol, o que debía disminuir el consumo? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ No Uso |
| 17. ...sintió que su salud, trabajo o vida hogareña se veían afectados por la bebida o las drogas? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ No Uso |
| 18. . . . tuvo muy fuertes cambios de humor (altos y bajos)? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |

| **En las últimas DOS SEMANAS, ¿cuán BIEN . . .** | **Muy bien** | **Bien** | **Mal** | **Muy mal** |
|---|---|---|---|---|
| 19. . . . pudo manejar su vida cotidiana? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 20. . . . pudo llevarse con sus amigos? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 21. . . . pudo realizar las tareas laborales/escolares/domésticas? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 22. . . . pudo participar en sus actividades sociales habituales? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo . . .** | **Totalmente de acuerdo** | **De acuerdo** | **Levemente de acuerdo** | **Levemente en desacuerdo** | **En desacuerdo** | **Totalmente en desacuerdo** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 23. Puedo recuperarme cuando las cosas salen mal. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 24. Cuando tengo problemas acudo a personas que puedan ayudarme. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 25. Confío en que el tratamiento puede ayudarme. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 26. *En mis sesiones...* Estoy avanzando mucho. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| *(si corresponde)* Puedo expresar lo que realmente pienso. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**Si no ha completado este formulario en los últimos 12 meses, por favor responda lo siguiente:**

27. ¿Cuánto hace que tiene su problema actual? ☐ 0-1 mes ☐ 2-3 meses ☐ 4-6 meses ☐ Más tiempo
28. Número de veces que ha estado en terapia/counseling antes: ☐ Nunca ☐ 1 ☐ 2-3 ☐ 4 o más
29. ¿Alguna vez estuvo hospitalizado por un problema psicológico o emocional? ☐ Nunca ☐ Una vez ☐ 2 o más veces

*Woodland Hills/External Providers* Fax to (215) 359-3897

*Copyright © 2011, Polaris Health Directions, Inc.*

KPWHEP001 03 02