

Cuestionario de la salud del paciente adolescente PHQ-A

Profesional
Nombre: _____ clínico: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Durante las últimas **dos semanas**, ¿con qué frecuencia te han molestado cada uno de los siguientes síntomas? Para cada síntoma escribe una "X" en la casilla debajo de la respuesta que mejor describa cómo te sientes.

	(0) Nunca	(1) Varios días	(2) Más de la mitad de los días	(3) Casi todos los días
1. ¿Te sientes desanimado, deprimido, irritado o sin esperanza?				
2. ¿Tienes poco interés o encuentras poco placer en hacer las cosas?				
3. ¿Tienes problemas para dormir, mantenerte dormido o duermes demasiado?				
4. ¿Tienes falta de apetito, pérdida de peso o comes en exceso?				
5. ¿Te sientes cansado o con poca energía?				
6. ¿Sientes falta de amor propio, que eres un fracaso, o que te has decepcionado a ti mismo o a tu familia?				
7. ¿Tienes dificultad para concentrarte en las tareas escolares, leer o ver la televisión?				
8. ¿Te mueves o hablas tan lentamente que la gente a tu alrededor lo nota? O de lo contrario, ¿estás tan agitado o inquieto que te mueves mucho más de lo acostumbrado?				
9. ¿Tienes pensamientos de que sería mejor estar muerto o de que quieres hacerte daño?				

En el **último año**, ¿te has sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aun si te has sentido bien algunas veces?
 Sí No

Si estás pasando por cualquiera de los problemas mencionados en este formulario, ¿cuánta **dificultad** te han ocasionado estos problemas para hacer tu trabajo, ocuparte de tus labores en casa o llevarte bien con los demás?
 Ninguna dificultad Algo de dificultad Mucha dificultad Extrema dificultad

En el **último mes**, ¿ha habido algún momento cuando has pensado seriamente en terminar con tu vida?
 Sí No

En **ALGÚN** momento en tu VIDA, ¿has tratado de matarte o suicidarte?
 Sí No

Solamente para uso de oficina:
Office use only:

Puntuación de Gravedad:

Cuestionario sobre la salud del paciente-2 (PHQ-2)

Durante las <i>últimas 2 semanas</i> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3

Para codificación de oficina: _____ + _____ + _____ + _____

= Puntuación total: _____

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

Para codificación de oficina: _____ + _____ + _____ + _____
=Puntuación total: _____

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

**Herramienta de detección de eventos relevantes en la vida y de experiencias adversas en la infancia
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener, PEARLS) – Niños**

Debe llenarlo el proveedor de cuidados

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Su nombre: _____ Su relación con el niño(a): _____

Muchas familias pasan por eventos de la vida que son estresantes. Con el paso del tiempo, estas experiencias pueden afectar la salud y el bienestar de su hijo(a). Nos gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su hijo(a) para que lo podamos ayudar a estar lo más saludable posible. Desde el nacimiento de su hijo(a), ¿él(ella) vio o estuvo presente en alguna de las siguientes situaciones? Por favor, incluya experiencias pasadas o presentes. Tome en cuenta que algunas preguntas tienen dos partes separadas por "O". Si responde "Sí" a alguna parte de la pregunta, entonces la respuesta a la pregunta completa es "Sí".

Parte 1	Marcar "Sí" donde corresponda.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Alguna vez su hijo(a) vivió con su madre/padre/proveedor de cuidados que haya sido enviado a la cárcel o estado preso(a)? 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Alguna vez su hijo(a) no se sintió apoyado, amado y/o protegido? 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Alguna vez su hijo(a) vivió con su madre/padre/proveedor de cuidados con problemas mentales (por ejemplo, depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, PTSD o trastorno de ansiedad)? 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Alguna vez el padre/madre/proveedor de cuidados ha insultado, humillado o menospreciado a su hijo(a)? 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Tuvo alguna vez o actualmente tiene el padre/madre biológico o algún proveedor de cuidados del niño problemas con consumo excesivo de alcohol, drogas o uso de medicinas con receta? 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Alguna vez a su hijo(a) le ha faltado cuidado apropiado de parte de un proveedor de cuidados (por ejemplo, no fue protegido de situaciones poco seguras, o no lo atendieron cuando estaba enfermo o lastimado, aun cuando habían recursos disponibles)? 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Alguna vez su hijo(a) vio o escuchó que a su padre/madre/proveedor de cuidados le gritaran, maldicieran, insultaran o fuera humillado por otro adulto? <input type="radio"/> ¿Alguna vez su hijo(a) vio o escuchó que a su padre/madre/proveedor de cuidados lo abofetearan, patearan o le dieran una golpiza o lo hirieran con un arma? 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Algún adulto en el hogar a menudo o muy a menudo ha empujado, jaloneado, abofeteado o lanzado algún objeto a su hijo(a)? <input type="radio"/> ¿Alguna vez algún adulto en el hogar golpeó tan fuerte a su hijo(a) que le quedaron marcas o heridas? <input type="radio"/> ¿Alguna vez algún adulto en el hogar amenazó a su hijo(a) o actuó de manera que atemorizara a su hijo(a) con que podía causarle daño físico? 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Alguna vez abusaron sexualmente a su hijo(a)? Por ejemplo, ¿alguna persona tocó a su hijo(a) o le pidió que tocara a esa persona de una manera que no deseaba, o hizo que su hijo(a) se sintiera incómodo, o alguien alguna vez intentó tener o tuvo sexo oral, anal o vaginal con su hijo(a)? 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Alguna vez hubieron cambios significativos en el estado de la relación sentimental del(los) proveedor(es) de cuidados del niño(a)? Por ejemplo, los padres/proveedor(es) de cuidados se separaron o divorciaron o la pareja sentimental se vino a vivir al hogar o se fue del hogar? 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¿Cuántas respuestas "Sí" aparecen en la Parte 1?

Por favor, continúe en el reverso para completar el cuestionario

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified

Parte 2

Marcar "Sí" donde corresponda.

- ¿Alguna vez su hijo(a) vio, escuchó o fue víctima de violencia en su vecindario, comunidad o escuela? (Por ejemplo, acoso o "bullying" con una víctima específica, agresión u otros actos violentos, guerra o terrorismo) Sí No
- ¿Alguna vez han discriminado a su hijo(a) (por ejemplo, lo(la) han molestado o hecho sentir inferior o excluido(a) por su raza, etnia, identidad de género, orientación sexual, religión, diferencias en el aprendizaje o discapacidades)? Sí No
- ¿Alguna vez su hijo(a) ha tenido problemas de vivienda (por ejemplo, vivir en la calle, no tener un lugar estable para vivir, mudarse más de dos veces en un periodo de seis meses, pasó por un desalojo o ejecución hipotecaria, o tuvo que vivir con varias familias o miembros de la familia)? Sí No
- ¿Alguna vez usted se ha preocupado por que su hijo(a) no tenía suficiente qué comer o porque la comida se fuera a acabar antes de que usted pudiera comprar más? Sí No
- ¿Alguna vez su hijo(a) se separó de su padre/madre o proveedor de cuidados porque lo pusieron en un hogar de crianza temporal o por temas de inmigración? Sí No
- ¿Alguna vez su hijo(a) vivió con su padre/madre/proveedor de cuidados que tuviera una discapacidad o enfermedad grave? Sí No
- ¿Alguna vez su hijo(a) vivió con su padre/madre/proveedor de cuidados y esa persona falleció? Sí No

¿Cuántas respuestas "Sí" aparecen en la Parte 2?

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified

Formulario de evaluación de riesgo cardíaco pediátrico



Children's
Healthcare of Atlanta
Cardiology

Complete este formulario para todos los niños (participantes atléticos o no) a partir de los 6 años de edad, momento en que la Academia Americana de Pediatría recomienda comenzar con exámenes de preparticipación (PPE). Debe completarse cada 3 años, como mínimo, incluso al ingresar a la escuela media y secundaria. Según las preocupaciones de la familia o el proveedor de atención médica, podría ser adecuado evaluar al paciente antes o con mayor frecuencia.

Nombre del paciente: _____

Edad: _____

Persona que completa el formulario: _____

Fecha: _____

Preguntas sobre síntomas:	Sí	No	No está seguro
Tú (el paciente), ¿alguna vez te has desmayado, perdido la conciencia o tenido convulsiones repentinamente, sin causa aparente y sin preaviso?			
De ser así, ¿fue mientras hacías ejercicio o en respuesta a un ruido fuerte repentino, como el timbre de una puerta, la alarma de un reloj o un teléfono que sonó?			
Tú (el paciente), ¿alguna vez has tenido alguno de los siguientes mientras hacías ejercicio ? 1. Dolor de pecho relacionado con el ejercicio, particularmente, dolor que parecía presión y que no ocurría en reposo. 2. Dificultad para respirar inusual o extrema mientras hacías ejercicio, que no se explica por tener asma.			
Antecedentes familiares:	Sí	No	No está seguro
¿Algún miembro de la familia inmediata (incluir a los padres o hermanos del paciente) murió antes de los 50 años por problemas del corazón, o repentina e inesperadamente? <i>Incluso si fue por ahogo, en el sueño, por muerte súbita infantil o en un accidente automovilístico sin explicación y mientras manejaba.</i>			
¿Algún miembro de la familia inmediata (padres o hermanos del paciente) tiene alguna de las siguientes afecciones?			
<input type="checkbox"/> Miocardiopatía hipertrófica o miocardiopatía hipertrófica obstructiva (HCM/HOCM) <input type="checkbox"/> Síndrome de QT largo (LQTS) o síndrome de QT corto <input type="checkbox"/> Síndrome de marfan o síndrome de Loey-Dietz <input type="checkbox"/> Miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ACM) <input type="checkbox"/> Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT) <input type="checkbox"/> Síndrome de Brugada (BrS) <input type="checkbox"/> ¿Alguno menor de 50 años tiene un marcapasos o desfibrilador implantable? <input type="checkbox"/> No tengo ningún miembro conocido de mi familia inmediata con una de las afecciones anteriores.			
Si alguna respuesta es "sí", explique aquí en mayor detalle:			