



Sunshine Psychiatry
... because we care!

Paciente Registro

Sunshine Psychiatry, LLC

Por favor, responda las siguientes preguntas a lo mejor de sus habilidades. Estas preguntas son para ayudar al practicante con el proceso de evaluación. Esta información se mantiene en nuestros altos estándares de confidencialidad. Este cuestionario tardará aproximadamente 30 minutos en completarse.

Información del cliente

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Género: ____ Masculino ____ Female

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

Seguro primario: _____

Nombre del suscriptor: _____

Seguro Secundario: _____

Referido por: _____

Asignación de beneficios:

Yo, así, le defino, transfiero y transmito todos los beneficios médicos que se pagarán directamente a Sunshine Psychiatry, LLC y reconozco que es mi responsabilidad pagar por todos los servicios no cubiertos. También autorizo a Sunshine Psychiatry, LLC, a divulgar cualquier información necesaria para procesar una reclamación de seguro en caso de que el paciente sea menor de edad, un padre o tutor que será responsable del pago de la factura, debe acompañar al paciente. Una fotocopia de esta Asignación se considerará válida como el original.

Firma: _____

AVISO DE CUMPLIMIENTO DE HIPPA

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad" para ayudar a asegurar que la información de atención médica personal esté protegida para la privacidad. La Regla de Privacidad también fue creada con el fin de proporcionar un estándar para ciertos proveedores de atención médica para obtener el consentimiento de sus pacientes para usos y divulgaciones de información de salud sobre el paciente para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica.

Como nuestro paciente, queremos que sepa que respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y haremos todo lo posible para asegurar y proteger esa privacidad. Nos esforzamos por tomar siempre precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando sea apropiado y necesario, proporcionamos solo la información mínima sobre su información de atención médica, tratamiento, información de tratamiento, pago u operaciones de atención médica con el fin de proporcionar atención médica que sea en su mejor interés. También queremos que sepa que apoyamos su acceso completo a sus registros médicos personales. Es posible que tengamos relaciones de tratamiento indirecto con usted (como laboratorios, que solo interactúan con médicos y no con pacientes), y que pueden tener que divulgar información de salud personal para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Estas entidades no son necesarias a menudo para obtener el consentimiento del paciente. Usted puede negarse a dar su consentimiento para el uso de la divulgación de su Información De Salud Personal (PHI). Si decide dar su consentimiento en este documento en algún momento futuro, puede solicitar rechazar la totalidad o parte de su PHI. No puede revocar las acciones que ya se han tomado y que se basaron en este o en un consentimiento firmado anteriormente. Si tiene alguna objeción a este formulario, por favor pida hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de la HIPAA. Usted tiene derecho a revisar nuestro aviso de privacidad, solicitar restricciones y revocar el consentimiento por escrito después de haber revisado nuestro aviso de privacidad.

Firma: _____

HISTORIA MÉDICA

Altura: _____ Peso: _____

Describa su problema: _____

Fecha de inicio: _____

Cuánto tiempo ha estado pasando esto: _____

Médico de Atención Primaria: _____

Nombre(s) de otros médicos que ven actualmente: _____

Farmacia: _____

Por favor, enumere todas las operaciones anteriores

Cirugía	Fecha Aproximada	Cirujano	Hospital
---------	------------------	----------	----------

Problemas médicos mayores anteriores: _____

Compruebe si está recibiendo tratamiento o si ha recibido tratamiento en el pasado:

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Defecto de nacimientos
<input type="checkbox"/> Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Actualmente Embarazada	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Problemas oculares	<input type="checkbox"/> Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Intestinal/gastro	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Flebitis (coágulos sanguíneos)	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática/escarlata	<input type="checkbox"/> STD	<input type="checkbox"/> Trastorno de la piel
<input type="checkbox"/> Diseastroideos e	<input type="checkbox"/> Otros		

MEDICAMENTOS DOSAGE CÓMO EL MÉDICO DE LARGA DIRECCIÓN

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Reacción en farmacia

PREGUNTA DE INTAKE PARA NUEVOS PACIENTES (Adulto)

Estado civil: casado soltero separado divorciado

 Se volvió a casar conviviendo en viudez

Si corresponde, complete lo siguiente:

Nombre del socio: _____

Ocupación del socio: _____

SI TIENE HIJOS POR FAVOR ENUMERE SUS NOMBRES Y EDADES:

#	Nombre	Sexo	Edad	#	Nombre	Sexo	Edad
1				4			
2				5			
3				6			

LA OMS VIVE ACTUALMENTE EN SU RESIDENCIA (adultos y niños)

#	Nombre	Relación	Sexo	Edad	#	Nombre	Relación	Sexo	Edad
1					4				
2					5				
3					6				

¿Qué te hizo entrar en este momento? _____

¿Qué espera obtener de esta evaluación y/o asesoramiento? _____

Síntomas

Por favor, compruebe cualquier síntoma o experiencia que haya tenido en el último mes:

- Dificultad para conciliar el sueño Dificultad para permanecer dormido
 Dificultad para levantarse de la cama No sentirse descansado por la mañana
 Pesadillas Terrores nocturnos

Promedio de horas de sueño por night _____

- Pérdida persistente de interés en actividades previamente disfrutadas
 Retirarse de otros people El gasto aumentó el tiempo solo
 Tristeza Sentirse entumecido
 Worthlessness la desesperanza
 Indefensidad Disminución de la motivación
 Sentimientos frecuentes de guilt estallidos de ira
 Irritability Dificultad para concentrarse o pensar
 Estado de ánimo rápido changes Automutilación / corte
 Pensamientos sobre dañar o matar yourself Pensamientos sobre dañar o matar a otra persona
 Aumento de la energy Disminución de la energía
-

- Ansiedad Aumento de la tensión muscular
 Dificultad para salir de tu casa Dificultad para recuperar el aliento
 Temblors Miedo
 Dizziness preocupación frecuente
 Ataques inusuales de pánico sweating
 Racing thoughts recuerdos intrusivos
 Comportamientos repetitivos o actos mentales (es decir, contar, revisar puertas, lavarse las manos)
 Miedo a ciertos objetos o situaciones (es decir, volar, alturas, insectos) Describa: _____
 Evitar personas, lugares, actividades o cosas específicas
-

- Evento traumático experimentado/testigo Re-experimentación persistente de evento traumático
 Flashbacks Fácilmente iniciado, talando "jumpy"
 Comportamiento de evitación Aumento de la vigilancia/fácilmente sorprendido
-

- Sentir como si estuvieras fuera de ti mismo, separado, observando lo que estás haciendo
 Sentirse perplejo en cuanto a lo que es real e irreal
 Pensamientos, impulsos o imágenes persistentes, repetitivos e intrusivos
 Experiencias visuales inusuales como destellos de luz, sombras

- Sensaciones físicas que otros no tienen
- Escuchar voces cuando nadie más está presente
- Sentir que tus pensamientos están controlados o colocados en tu mente
- Sentir o actuar como una persona diferente
- Sentir que la televisión o la radio se está comunicando con usted

- Dificultad para resolver problemas Dificultad para cumplir con las expectativas de roles
- Dependencia de los demás Manipulación de otros para cumplir tus propios deseos
- Expresión inapropiada de ira Grandes brechas en la memoria
- Dificultad o incapacidad para decir "no" a otros Comunicaciones ineficaces
- Sentido de falta de control Disminución de la capacidad para manejar el estrés
- Relación abusiva Dificultad para expresar emociones
- Preocupaciones sobre su sexualidad

- Cambios en la alimentación/apetito Ejercicio excesivo
- Comer more comer menos
- Uso voluntario vomiting de laxantes
- Ejercicio excesivo para evitar el peso gain comer Binge
- ¿Estás tratando de bajar de peso?
- Aumento de peso: _____ lbs. Pérdida de peso: _____ lbs.

Orientación Sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual Elijo no responder

Describe cualquier otro síntoma o experiencia con la que haya tenido problemas:

¿Has visto a un consejero, psicólogo, psiquiatra u otro profesional de salud mental antes?

NO SI ES así:

Nombre del terapeuta: _____

Razón para buscar ayuda: _____

Nombre del terapeuta: _____

Razón para buscar ayuda: _____

Nombre del terapeuta: _____

Razón para buscar ayuda: _____

¿Está tomando **actualmente** medicamentos **PSIQUIÁTRICOS**? ____ NO ____ SI SI SÍ, por favor enumere:

Medicación	Dosificación	¿Cuánto tiempo llevas con eso?	¿Ha sido útil?

¿Está tomando actualmente medicamentos **NOPSIQUIÁTRICOS**? ____ NO ____ SI SI SÍ, por favor enumere:

Medicación	Dosificación	¿Cuánto tiempo llevas tomándolo?

¿Ha estado tomando medicamentos **PSYCHIATRIC** en el pasado? ____ NO ____ SI SI ,por favo enumere:

Medicación	Dosificación	Primera/última vez que lo tomaste	Efecto de la medicación

¿Ha sido hospitalizado por razones psiquiátricas? ____ NO ____ SI SÍ, describa:

Hospital	Fechas	Razón

¿Has intentado suicidarte? ____ NO ____ SI SÍ, describa:

¿Han participado en alguna conducta de autolesiones? ____ NO ____ SI SÍ, describa: _____

Empleo

¿Está empleado actualmente? _____

En caso afirmativo, nombre del empleador: _____

¿Qué tipo de trabajo se hace? _____

Historial de empleo (más reciente primero):

Tipo de trabajo	Fechas	Motivo para irse

¿Ha sido arrestado? _____

En caso afirmativo, describa: _____

¿Tienes una afiliación religiosa? _____

En caso afirmativo, ¿qué es? _____

¿En qué tipo de actividades sociales participas?

¿A quién acudes en busca de ayuda con tus problemas? _____

¿Alguna vez ha sido abusado?

___ Verbalmente ___ Emocionalmente ___ Físicamente ___ Sexualmente
___ Descuidado

Describe: _____

HISTORIA FAMILIAR

PADRE: Edad: ___ Vivir ___ Causa de muerte: _____

Si se muere, su edad en el momento de su muerte: ___ Su edad en el momento de su muerte: _____

Ocupación: _____ Salud: _____

Frecuencia de contacto con él: _____ ¿Está usted/ha estado cerca de él? _____

MADRE: Edad: ___ Vivir ___ Causa de muerte: _____

Si es fallecida, su edad en el momento de su muerte: ___ TU edad en el momento de su muerte: _____

Ocupación: _____ Salud: _____

Frecuencia de contacto con ella: _____ ¿Está usted/ha estado cerca de ella? _____

HERMANOS y SISTERS:

Nombre	Sexo	Edad	Paradero	¿Estás cerca de él/ ella	
				SÍ	NO
				SÍ	NO
				SÍ	NO
				SÍ	NO
				SÍ	NO

Durante su infancia, ¿vivió algún período significativo de tiempo con alguien que no sea su padre natural? ____ NO ____ SÍ

Si es así, por favor dé el nombre y la relación de la persona con usted

Nombre: _____

Por favor, coloque una marca de verificación en la casilla correspondiente si estos están o han estado presentes en sus parientes:

	Niños	Hermanos	Hermanas	Padre	Madre	Tío/Tía	Abuelos
Problemas nerviosos							
Depresión							
Hiperactividad							
Asesoramiento							
Medicamentos psiquiátricos							
Hospitalización psiquiátrica							
Intento de suicidio							
Muerte por suicidio							
Problema con la bebida							
Problema de drogas							

Abuso

Alcohol

¿Bebe alcohol? _____ En caso afirmativo, edad de primer uso: _____

¿Cuánto bebes? _____

¿Con qué frecuencia bebe? _____

¿Alguna vez se ha desmayado de beber? _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Alguna vez te has desmayado de beber? _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Alguna vez has tenido los "temblores"? _____

¿Con qué

frecuencia? _____

¿Alguna vez has sentido que deberías reducir tu consumo de alcohol / drogas? _____

¿La gente te ha molestado criticando tu consumo de alcohol/drogas? _____

¿Alguna vez se ha sentido mal o guilty acerca de su consumo de alcohol / drogas? _____

¿Alguna vez has bebido / usado drogas por la mañana para estabilizar los nervios o aliviar la resaca? _____

¿Utiliza tabaco? _____

Otras drogas

Por favor, indique para cada medicamento que se enumeran a continuación:

Droga	¿Alguna vez lo has usado?	Edad a^{1o} uso	Tiempo desde el último uso	Uso aproximado en los últimos 30 días
Marihuana				
Cocaína				
Crack				
Heroína				
Metanfetamina				
Ycstasy				

¿Hay algo más que quieras que sepamos sobre ti?:

SUNSHINE PSYCIATRY, LLC
CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

Fecha de nacimiento: _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Utilice "X" para indicar su respuesta)	De nada	VARIOS DÍAS	MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS	CASI TODOS LOS DÍAS
Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
Sentirse deprimido, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3
Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3
Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
Sentirse mal consigo mismo, o que usted es un fracaso o se ha dejado caer a ti mismo o a tu familia	0	1	2	3
Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían habernotado. O todo lo contrario: estar tan inquieto o inquieto que te has estado moviendo mucho más de lo habitual.	0	1	2	3
Pensamientos que estarías mejor muerto, o de lastimarte a ti mismo	0	1	2	3
<i>(Profesional de la salud: Para la interpretación de TOTAL, por favor refiérase a la tarjeta de puntuación que lo acompaña)</i>	Añadir columnas	+	+	
	Total:			

Si ha comprobado algún problema, ¿qué tan difíciles han hecho que estos problemas hagan para usted hacer su trabajo, cuidar de las cosas en casa, o llevarse bien con otras personas?	No difícil _____
	Algo difícil _____
	Muy difícil _____
	Extremadamente difícil _____

SUNSHINE PSYCHIATRY, LLC

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Trastorno de ansiedad generalizada Escala de 7 elementos (GAD-7)

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se le han molestado los siguientes problemas?	No estoy seguro	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso, ansioso o al límite	0	1	2	3
2. No poder detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por las cosas diferentes	0	1	2	3
4. Problemas para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto	0	1	2	3
6. Convertirse en fácilmente molesto o irritable	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo horrible pudiera suceder	0	1	2	3
<i>Agregue la puntuación de cada columna</i>	+	+	+	
<i>Puntuación total (añadir las puntuaciones de las columnas)</i>				

Si has comprobado algún problema, ¿qué tan difíciles han hecho si tienes que hacer tu trabajo, cuidar de las cosas en casa o llevarte bien con otras personas?

No difícil en absoluto _____

Algo difícil _____

Muy difícil _____

Extremadamente difícil _____



Sunshine Psychiatry
... because we care!

SUNSHINE PSYCHIATRY, LLC

ROSA E. SMITH, MSN, ARNP-BC

Información del paciente (Por favor imprima)

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Liberar mis registros de:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Teléfono: _____

Sulte Mis registros para:

Sunshine Psychiatry, LLC

13100 Westlinks Terrace, Unit 8

Fort Myers, FL 33913

Teléfono: 239-202-0932

FAX: 949-543-2509

Por favor envíe registros a más tardar: _____

Por favor, libere una copia de mis registros psiquiátricos y médicos, incluyendo, pero no limitado a, notas y evaluaciones de oficina /progreso, resultados de laboratorio, listas de medicamentos y resultados de diagnóstico.

Por mi firma autorizo la publicación de mis registros médicos:

Firma: _____

Testigo: _____



POLÍTICAS DE OFICINA EFECTIVO 5/1/2018

1. Las recargas de medicamentos deben solicitarse en el momento de la cita del paciente. Si el paciente no notifica al practicante que se requiere una recarga antes de la próxima cita, puede haber un cargo de \$25 prestado por el servicio.
2. Si hay un cambio de farmacia solicitado después de que se escriba una receta, puede haber un cargo de \$25 prestado.
3. Si un paciente llega más de 10 minutos tarde a la cita programada, es posible que no se le vea y la cita tendrá que ser reprogramada. Al paciente se le cobrará un cargo por cancelación tardía de \$100 por esa cita.
4. Cuando un paciente encuentra la necesidad de llamar para cambiar una cita, debe ser consciente de que podría no haber suficientes suministros de medicamentos para durar hasta la próxima cita. Es responsabilidad del paciente pedir una extensión de medicamento en el momento del cambio de la cita. El hecho de no tomar esta iniciativa puede dar lugar al cobro de una tarifa por este servicio.
5. Si un paciente no cancela una cita al menos 24 horas antes de la hora programada, llamando a la oficina, o no se presenta para una cita programada, habrá una tarifa de \$100 por esta primera ocurrencia; por 2nd ocurrencia la tarifa es de \$125; la ocurrencia 3rd es \$175. Sunshine Psychiatry, LLC, puede optar por no hacer más citas después de tres fracasos para mostrar. **Tenga en cuenta que los cargos de NO-SHOW son responsabilidad del paciente y no se pueden facturar a ninguna compañía de seguros.
6. Vamos a realizar pruebas de drogas al azar dos veces al año. Si rechaza esto, Sunshine Psychiatry, LLC, tiene el derecho de negarse a proporcionar sus servicios psiquiátricos.
7. Esperamos que todas las cuentas se mantengan actualizadas en el momento de cada visita.

Teléfono: 239-202-0932 FAX: 954-543-2509



Sunshine Psychiatry

... because we care!

Sunshine Psychiatry, LLC Rosa E. Smith, MSN, ARNP-BC

Sunshine Psychiatry, LLC

LICENCIAS Y PROCEDIMIENTOS PARA NUESTROS PACIENTES FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido, revisado, entendido y cumpliré con las políticas y procedimientos explicados en el formulario Sunshine Psychiatry, LLC.

Nombre impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____

13100 Westlinks Terrace, Unit 8, Fort Myers, FL 33913

Teléfono: 239-202-0932 FAX: 954-5432509