

INFORMACIÓN DEL PACIENTE						
Apellido	nombre de pila	MI	Fecha de nacimiento	Seguridad Social #		
Dirección	Ciudad	Estado	código postal	Condado		
INFORMACIÓN DEL CONTACTO						
Número de teléfono primario		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celda <input type="checkbox"/> Trabajo	numero de teléfono secundario		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celda <input type="checkbox"/> Trabajo	
¿Necesitas transporte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Correo electrónico:			
DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE						
<b>Idioma principal hablado</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		<b>Carrera (Marque todos los que apliquen)</b> <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> No reportado/Rehusó reportar <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Otro _____		<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro hispano, latino o Origen español <input type="checkbox"/> No reportado/Rehusó reportar		<b>Lugar de nacimiento (Estado de la Ciudad)</b>
<b>¿Le gustaría un intérprete?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
<b>Identidad de género: ¿Te consideras a ti mismo como:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Mujer a Hombre/Hombre Transgénero/Hombre Trans <input type="checkbox"/> Macho a hembra/Transgénero Mujer/Mujer Trans <input type="checkbox"/> Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Se negó a informar <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique: _____		<b>Orientación sexual: ¿Te consideras a ti mismo como:</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual o heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbianas, homosexuales u homosexuales <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique: <input type="checkbox"/> Se negó a informar		<b>Estado civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Apartado <input type="checkbox"/> Compañero de vida	<b>Estudiante</b> <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> No a estudiante <b>¿Más alto grado Terminado?</b> _____	<b>Estado de Empleo</b> <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ninguna
<b>Empleador</b> _____ <b>Telefono no.</b> _____		<b>Proveedor de atención primaria</b> _____		<b>Veterano militar?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Estado de agricultura</b> <input type="checkbox"/> Trabajador migrante <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Dependiente de migrante <input type="checkbox"/> Dependiente de temporada <input type="checkbox"/> No trabajador agrícola	
<b>Estado de vivienda:</b> <input type="checkbox"/> No sin hogar <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Doblado hacia arriba <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Refugio para indigentes		<b>Farmacia</b> _____ <b>Telefono no.</b> _____				
GARANTE (persona a facturar, marque aquí si es igual que el paciente <input type="checkbox"/> )						
Apellido	nombre de pila	MI	Fecha de nacimiento	Seguridad Social #		
Dirección	Ciudad	Estado	código postal	Teléfono de casa	Teléfono móvil	
CONTACTO DE EMERGENCIA (Alguien fuera de su casa con el que podamos comunicarnos en caso de emergencia)						
Apellido	nombre de pila	Relación				
Dirección	Ciudad	Estado	código postal	Teléfono de casa	Teléfono móvil	
SIGUIENTE DE KIN (Marque aquí si es igual que el contacto de emergencia <input type="checkbox"/> )						
Apellido	nombre de pila	Relación				
Dirección	Ciudad	Estado	código postal	Teléfono de casa	Teléfono móvil	



# Southeast Community Health Systems

## INFORMACION DE INGRESOS FAMILIARES

Solicitamos ingresos en todos los pacientes para fines de informes gubernamentales.

Si es elegible para la Escala de tarifa móvil, complete la Solicitud de tarifa variable.

Período de ingresos:  Semanal  Quincenal  Mensual  Trimestral  Anualmente  Otro \_\_\_\_\_

Ingreso bruto del hogar: \$ \_\_\_\_\_ Número de individuos que apoyan los ingresos: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Permita que nuestro personal copie / escanee su tarjeta de Seguro

### Información del PLAN # 1

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Identificación de miembro #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el suscriptor:  auto  hijo  padre  cónyuge  empleador  otro \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* Si el paciente es suscriptor (No es necesario que complete el resto de esta sección)\*\*\*\*\*

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Sufijo: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Género:  Hombre  Mujer

Fecha de nacimiento (mm / dd / aaaa): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil/celular: \_\_\_\_\_

### Información del PLAN # 2

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Identificación de miembro #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el suscriptor:  auto  hijo  padre  cónyuge  empleador  otro \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* Si el paciente es suscriptor (No es necesario que complete el resto de esta sección)\*\*\*\*\*

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Sufijo: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Género:  Hombre  Mujer

Fecha de nacimiento (mm / dd / aaaa): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil/celular: \_\_\_\_\_

**ASIGNACIÓN DE SEGURO:** Asigno directamente a Southeast Community Health Systems (SCHS) todos los beneficios médicos, de haberlos, que de otra manera se me pagarán por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean pagados por el seguro o no. Por la presente autorizo a SCHS a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de mi seguro y para obtener una copia de esta declaración y mi firma que se conservará en archivo y se usará en lugar de este original.

Firma del paciente / garante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Aplicación de escala de tarifa móvil

Fecha: / /		
Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:

Tamaño del hogar				
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Ingresos
	Jefe de hogar			

Ingreso bruto total: \$ \_\_\_\_\_

NOTA: Para cumplir con las regulaciones federales, para darle un descuento en nuestros servicios médico-dentales, es necesario que hagamos algunas preguntas personales. Sus respuestas serán archivadas y en estricta confidencialidad. Debe verificar sus ingresos anualmente. Traiga una declaración anual de impuestos, los talones del cheque de pago del mes pasado, copias de sus cartas de otorgamiento de cupones de alimentos del seguro social u otros documentos de respaldo que pueda recibir como prueba del ingreso familiar. Solo el tamaño de la familia y el ingreso bruto anual se utilizarán para determinar su elegibilidad y calcular su descuento.

**Tasas de descuento de la Escala de tarifa móvil**  
**(Copia de la Escala de tarifa móvil disponible a solicitud del paciente)**

Tarifa nominal médica para la escala "A": \$ 30 para pacientes nuevos \$ 25 para pacientes establecidos

Tarifa nominal dental para la escala "A" - \$ 40;

Todas las demás visitas al consultorio y/o procedimientos se descuentan en los siguientes porcentajes:

- B-50% de descuento
- C-35% de descuento
- D-20% de descuento
- E- 0% de descuento

Por la presente juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en que cualquier información engañosa o falsificada, y / u omisiones pueden descalificar mi consideración adicional para el programa de tarifa móvil y me someterá a sanciones de acuerdo con las Leyes Federales que pueden incluir multas y encarcelamiento. También estoy de acuerdo en informar a Southeast Community Health Systems si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si se obtiene la aceptación del programa de tarifa móvil según esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y regulaciones de Southeast Community Health Systems. Por la presente reconozco que leí la divulgación anterior y la comprendo.

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre de pila \_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# Southeast Community Health Systems

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO

1. Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para todos los procedimientos médicos necesarios para el diagnóstico y tratamiento para mí y / o mis dependientes por Southeast Community Health Systems (SCHS).
2. Entiendo que no se ha dado ninguna garantía o garantía en cuanto a los resultados que se pueden obtener.
3. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que no se me han dado garantías de curación como resultado de los exámenes o tratamientos realizados por SCHS.
4. Doy permiso para divulgar a mi compañía de seguros la información médica necesaria en la presentación de reclamos legales por parte del personal de SCHS por los servicios prestados por SCHS a mí o a mis dependientes.
5. Por la presente autorizo el pago directamente a SCHS de los beneficios en relación con los reclamos pendientes y/o los beneficios de Médico mayor que de otra manera me serían pagados, sin exceder los cargos regulares de SCHS por este servicio.
6. Certifico que la información que he proporcionado al solicitar los pagos conforme al Título XVII de la Ley de SSA es correcta. Autorizo a cualquier titular de intermediarios médicos, otros proveedores de información o de cualquier otra aseguradora, cualquier información necesaria para esta o cualquier reclamación relacionada con Medicare / Medicaid. Solicito que se paguen los beneficios en mi nombre.
7. Acepto que una fotocopia de este formulario es tan válida como la original.
8. Estoy de acuerdo y entiendo que los registros médicos son propiedad de SCHS; sin embargo, puedo solicitar una copia por una tarifa nominal en cualquier momento.
9. Certifico que la información proporcionada es fiel a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del paciente (o tutor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## DERECHOS DEL PACIENTE

Dar a conocer inmediatamente a cualquier miembro de la administración (Front Desk, Supervisor, Management, etc.) cualquier problema encontrado durante una visita al Centro de Salud. Si un miembro de la organización no puede abordar sus inquietudes, se le anima a ponerse en contacto con el Oficial de Cumplimiento Corporativo de Southeast Community Health Centers al (855) 368-6272 o enviar un correo electrónico a [Compliance@shhc.org](mailto:Compliance@shhc.org) para informar de su preocupación.

He leído y entiendo mis derechos y responsabilidades como paciente de Southeast Community Health Systems y entiendo que si creo que la calidad de mi atención médica se ve comprometida y si el personal administrativo de SCHS o el Cumplimiento corporativo no pueden abordarla de manera oportuna, tengo la opción para reportar mi preocupación a la Comisión Conjunta al (800) 994-6610, o envíe un correo electrónico a [Complaint@jointcommission.org](mailto:Complaint@jointcommission.org).

DERECHOS DEL PACIENTE Firma del testigo (cuando el paciente requiere lectura de derechos): \_\_\_\_\_

## RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

1. Reconozco que soy completamente responsable de todos y cada uno de los gastos incurridos en Southeast Community Health Systems para mí y / o para los dependientes / familiares
2. Entiendo que todos los pagos vencen al momento del servicio.
3. Entiendo que todos los pagos deben efectuarse para cualquier saldo pendiente además del pago para la fecha actual del servicio prestado.

Firma del paciente (o tutor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## AVISO DE RECONOCIMIENTO DIRECTIVO

Entiendo que Southeast Community Health Systems no respeta las Directivas avanzadas. En caso de una emergencia médica durante la visita a la clínica, se proporcionarán medidas de primeros auxilios, se llamará al 911 y se iniciará la transferencia al hospital.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Se me ha presentado una copia del Aviso de prácticas de privacidad, que detalla cómo se puede usar y divulgar mi información médica según lo permiten las leyes federales y estatales, y se describen mis derechos con respecto a mi información médica.

Deseo colocar las siguientes restricciones sobre la divulgación de mi información de salud (enumere a continuación o escriba N/A si no hay restricciones):

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente si no está firmado por el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Enfermedad pasada y presente

- Diabetes
- Alta presión sanguínea
- Cáncer
- Convulsiones
- Coágulos de sangre
- Depresión
- Ansiedad
- Anemia
- Asma
- Infecciones vaginales frecuentes
- Infecciones frecuentes de la vejiga
- La enfermedad de úlcera péptica
- Gota
- Enfermedad del corazón
- Ataque al corazón
- 
- 
- 
- 

### Cirugía

- Amígdalas
- Apéndice
- Vesícula biliar
- Hernia
- Pecho
- Histerectomía
- Ligadura de trompas
- Sección C
- D & C
- Corazón
- Tiroides
- Estómago
- Hernia
- Otro (Lista abajo)
- Enfermedades de transmisión sexual
- Comportamientos sexuales riesgosos
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Historial familiar (indique qué miembro de la familia tiene enfermedad):

Enfermedad /condición que miembro de la familia sufre de cada uno?

La diabetes	
Ataque al corazón	
Alta presión sanguínea	
Carrera	
Convulsiones	
Glaucoma	
Enfermedad de tiroides	
VIH / SIDA	
Migrañas	
Enfermedad mental	
Enfermedad del riñón	
Artritis	
Cáncer	
<b>Tipo</b>	
Cáncer femenino	
Cáncer masculino	

¿Vive con alguien que tiene tuberculosis (TB)? \_\_ Si \_\_ No

¿Vives con alguien que tiene VIH? \_\_ Si \_\_ No

¿Vives con alguien que tiene hepatitis? \_\_ Si \_\_ No

¿Vives con miedo al abuso o violencia en el hogar? \_\_ Si \_\_ No

¿Vives con alguien que fuma o usa drogas? \_\_ Si \_\_ No

### Idiomas y barreras

Idiomas hablados: \_\_\_\_\_

Barreras: Idioma: \_\_\_\_\_

Leyendo: \_\_\_\_\_

Audición: \_\_\_\_\_

Visión: \_\_\_\_\_

### Preferencias para el aprendizaje

Preferencia por el aprendizaje: \_\_\_\_\_ Escrito

Artritis \_\_\_\_\_ Visual

\_\_\_\_\_ Verbal

\_\_\_\_\_ Demostrada

¿Hacer ejercicio? \_\_\_\_\_

¿Observas grasa, sal y colesterol en tu dieta? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún otro problema o condición que SCHS deba tener en cuenta? \_\_\_\_\_

Otras cirugías: \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

Lista de alergias: \_\_\_\_\_

Creencias culturales: \_\_\_\_\_

**East Baton Rouge  
Parish**

P.O Box 770  
Zachary, LA 70791

6351 Main St  
**Zachary, LA**  
70791  
225-306-2000

**Livingston Parish**

30575 Old Baton  
Rouge Hwy  
**Albany, LA 70711**  
225-306-2050

**Tangipahoa  
Parish**

721 Avenue G  
**Kentwood, LA**  
70444  
225-306-2100

13318 Berry Bowl  
Rd  
**Independence, LA**  
70443  
225-306-2060

**St. Helena Parish**

490 Sitman St  
**Greensburg, LA**  
70441  
225-306-2070

**School Based  
Health Centers**

**Pre K – 6<sup>th</sup> Grade**  
7198 Hwy 1042  
**Greensburg, LA**  
70441

**7<sup>th</sup> – 12<sup>th</sup> Grade**  
14340 Hwy 37  
**Greensburg, LA**  
70441

## A Confirmación de cita y cancelación Política

Entendemos que pueden surgir problemas no planificados y es posible que deba cancelar una cita. Si eso sucede, pedimos respetuosamente que se cancelen las citas programadas con al menos 24 horas de anticipación. Nuestros proveedores desean estar disponibles para sus necesidades y las necesidades de todos nuestros pacientes. Cuando un paciente no se presenta a una cita programada, otro paciente pierde la oportunidad de ser visto. Aunque siempre hemos tenido una política de cancelación, las circunstancias nos han llevado a hacer cumplir nuestra política revisada.

### *Política de cancelación*

*Después de la segunda cita perdida o no presentarse, el paciente no podrá programar una cita con nuestra oficina por 6 meses. El paciente solo puede tener citas el mismo día si está disponible.*

### *Política de confirmación*

*Si el paciente no confirma su cita dentro de las 24 horas previas a la cita, se le retirará del horario y se llenará el espacio de su cita.*

**A partir del 8 de marzo de 2017, esta política es efectiva.** Gracias por ser un paciente valioso y por su comprensión y cooperación al instituir esta política. Esta política nos permitirá abrir citas que de otro modo no se usarían para atender mejor las necesidades de todos los pacientes.

---

Imprimir nombre

Signatura

Fecha



Albany 225.306.2050  
 Greensburg 225.306.2070  
 Independence 225.306.2060  
 Kentwood 225.306.2100  
 Zachary 225.306.2000  
 Picardy 225.763.4990

El portal para pacientes de Southeast Community Health Systems ofrece un método seguro, fácil de usar y basado en la web para que los pacientes accedan a porciones de sus registros médicos en línea. Esto está disponible desde cualquier computadora (computadora de escritorio, computadora portátil o tableta) con acceso a Internet. Cuando inicie sesión en el portal para pacientes de Southeast Community Health Systems, podrá ver información, incluidas sus condiciones médicas, medicamentos, signos vitales, resultados de laboratorio, alergias y pólizas de seguro.

[Regístrese para el portal para pacientes de Southeast Community Health Systems](#)

Use este formulario para solicitar una cuenta en el portal para pacientes de Southeast Community Health Systems.

Una vez que se haya registrado en el portal para pacientes de Southeast Community Health Systems, recibirá un correo electrónico de Southeast Community Health Systems con instrucciones para completar su registro en el portal para pacientes.

[Formulario de registro de paciente](#)

Al completar este formulario, autoriza a configurar una cuenta del portal para pacientes de Southeast Community Health Systems.

Completa el uso de LETRAS MAYÚSCULAS con un carácter en cada bloque.

NOMBRE:																			
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

APELLIDO:																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA DE NACIMIENTO:			/			/						
----------------------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

Últimos 4 dígitos de Seguridad Social #:				
--	--	--	--	--

CORREO ELECTRÓNICO:																			
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Código postal (postal) #						-				
--------------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Signatura:	
------------	--

La fecha de hoy			/			/				
-----------------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

<input type="checkbox"/> Sí, me gustaría estar inscrito en Southeast Community Health Systems Portal del paciente
<b>Por favor permita 3 días hábiles para que su solicitud sea procesada.          Un representante de Southeast Community Health Systems puede contactarlo para          verificar su información.</b>



**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**El trastorno de ansiedad generalizada 7 - Escala de ítems**

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (use "✓" para indicar su respuesta)	De ningún modo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso, ansioso o al borde	0	1	2	3
2. No poder parar o controlar preocuparse.	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por 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. Enojarse o irritarse fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo horrible pudiera suceder.	0	1	2	3
8. Si marcó algún problema, ¿qué dificultad han tenido estos problemas para que usted pueda hacer su trabajo, cuidar las cosas en el hogar o llevarse bien con otras personas?	Nada difícil	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

Add Columns: \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

Total Score: \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ - 9)**

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (use "✓" para indicar su respuesta)	De ningún modo	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. Sentirse deprimido, deprimido o desesperado.	0	1	2	3
3. Dificultad para quedarse dormido o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o tener poca energía.	0	1	2	3
5. Pobre apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal con usted mismo, o que es un fracaso o que se ha decepcionado a usted o a su familia	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberse dado cuenta. O lo contrario: estar tan inquieto o inquieto que te has movido mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensar que estarías mejor muerto o lastimándote.	0	1	2	3
10. Si marcó algún problema, ¿qué tan difíciles han sido estos problemas para que usted pueda hacer su trabajo, cuidar las cosas en el hogar o llevarse bien con otras personas?	Nada difícil	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

Add Columns: \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

Total Score: \_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Herramienta de detección de violencia doméstica

**Instrucciones:** Esta es una medida de detección para ayudarlo a determinar si podría estar involucrado en una relación abusiva que necesita atención. Esta medida de detección no está diseñada para hacer un diagnóstico o reemplazar el diagnóstico o consulta profesional. Para cada elemento, indique en qué medida es verdadero, marcando la casilla correspondiente junto al elemento.

1. ¿Te sientes ansioso o nervioso cuando estás cerca? ¿tu compañero?	No	Algunas veces	Regularmente
2. ¿Observas lo que haces para evitar? ¿Haciendo enojar o molestar a tu pareja?	No	Algunas veces	Regularmente
3. ¿Te sientes obligado o coaccionado a tener relaciones sexuales con ¿tu compañero?	No	Algunas veces	Regularmente
4. ¿Tienes miedo de expresar una opinión diferente a la tuya? ¿compañero?	No	Algunas veces	Regularmente
5. ¿Tu pareja te critica o te avergüenza delante? ¿de otros?	No	Algunas veces	A menudo
6. ¿Revisa tu pareja lo que has sido? haciendo, y no crees tus respuestas?	No	Algunas veces	A menudo
7. ¿Está su compañero celoso, como acusarlo de tener relaciones?	No	Algunas veces	A menudo
8. Tu pareja te dice que dejará de pegarle? ¿Cuando empiezas a comportarte?	No	Sí	
9. ¿Has dejado de ver a tus amigos o familiares porque de la conducta de tu pareja?	No	Sí	
10. ¿El comportamiento de tu pareja te hace sentir como si ¿están equivocados?	No	Algunas veces	Regularmente
11. ¿Tu pareja te amenaza con hacerte daño?	No	Algunas veces	Regularmente
12. ¿Tratas de complacer a tu pareja en lugar de a ti mismo? ¿Para evitar ser herido?	No	Algunas veces	Regularmente
13. Su pareja le impide salir o hacer cosas que quieres hacer?	No	Algunas veces	Regularmente
14. Sientes que nada de lo que haces es suficiente para ¿tu compañero?	No	Algunas veces	Regularmente
15. ¿Dice su pareja que si trata de dejarlo, nunca volverá a ver a sus hijos?	Sí	No	No Aplicable
16. Dice tu compañero que si intentas irte, él o ella se matarán a sí mismos oa ti?	No	Algunas veces	Regularmente
17. ¿Siempre hay una excusa para el comportamiento de tu pareja? ("¡El alcohol o las drogas me obligaron a hacerlo! Mi trabajo también es ¡lleno de tensión! ¡Si la cena fuera puntual no te hubiera pegado! ¡Sólo bromeaba!")	No	Algunas veces	Regularmente
18. ¿Le mientes a tu familia, amigos y médico sobre tus moretones, cortes y rasguños?	Sí	No	No Aplicable

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Preguntas de la JAULA adaptadas para incluir el uso de drogas (JAULA-DE AYUDA)-  
DROGAS**

1. ¿Alguna vez sintió que debería reducir su consumo de alcohol o drogas? SI / NO
2. ¿Alguna gente te ha molestado al criticar tu consumo de alcohol o drogas? SI / NO
3. ¿Te has sentido mal o culpable por tu consumo de alcohol o drogas? SI / NO
4. ¿Alguna vez te has tomado un trago o usado drogas a primera hora de la mañana para estabilizar tus nervios o para deshacerte de una resaca (abrir los ojos)? SI/ NO