

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE/CONSENTIMIENTO/RECONOCIMIENTO DE HIPAA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(En letra de imprenta)

Nombre legal del paciente: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial del segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento: _____ Nombre preferido (si diferente al de arriba): _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Número de teléfono (celular): _____

Teléfono (otro): _____ Dirección de correo electrónico: _____

Doctor primario: _____ Numero de doctor primario: _____

Identidad de género: Mujer Hombre Mujer transgénero a hombre Hombre transgénero a mujer Elige no especificar
 Categoría de género adicional no incluida en la lista _____

Raza: Indio americano/nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawaii/isleño del Pacífico Negro/afroamericano Blanco Hispano
 Elige no especificar Otro que no figura en la lista _____

Etnia: Hispano o latino No hispano o latino Elige no especificar

Idioma preferido: Inglés Español Lenguaje de señas Otros que no figuran en la lista _____

Número de Seguro Social del paciente: _____ - _____ - _____

Nombre de farmacia: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (si no es el paciente)

(Información utilizada para los estados de cuenta del paciente)

Parte responsable: Padre Guardian El paciente mismo Marque aquí si la información de dirección y teléfono es la misma que la del paciente

Nombre de la parte responsable: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial del segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento: MM ___/DD ___/AAAA _____ Número de teléfono: _____ Sexo: Femenino Masculino

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO: Presente sus tarjetas de seguro (primario, secundario, etc.) en la recepción al ingresar.

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____

Número de teléfono: _____ Relación del contacto de emergencia con el paciente: _____

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

AL PACIENTE: Como paciente, usted tiene derecho a recibir información sobre su afección y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico que se va a utilizar, para que pueda tomar una decisión sobre si someterse o no a un tratamiento o un procedimiento después de conocer los riesgos y peligros que implica. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un intento de obtener su permiso a fin de realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento o el procedimiento adecuados para cualquier afección identificada.

Este consentimiento nos otorga su permiso para realizar los exámenes médicos, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) es su intención que este consentimiento continúe vigente, incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento y (2) autoriza el tratamiento en este consultorio o en cualquier otro consultorio satélite de propiedad común. El consentimiento continuará plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene derecho a discontinuar los servicios en cualquier momento.

Usted tiene derecho a analizar el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que le sea indicada. Si tiene alguna inquietud sobre alguna prueba o tratamiento que haya indicado su proveedor de atención médica, le recomendamos hacer preguntas. Voluntariamente solicito a un médico o proveedor de nivel medio (enfermero practicante, asistente del médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas, según sea necesario, que realicen el examen médico, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios para la afección por la que busqué atención médica en este consultorio. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de realizar las pruebas o los procedimientos.

Certifico que leí y entiendo plenamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento pleno y voluntario a su contenido.

Firma del paciente o representante personal: _____ Fecha: _____

Aviso de prácticas de privacidad de consultorios/clínicas

(Iniciales del paciente/representante) Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad, que describe las formas en que la clínica/el consultorio puede usar y divulgar mi información médica para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos; entiendo que puedo comunicarme con el funcionario de privacidad designado en el aviso si tengo una pregunta o queja. Entiendo que el proveedor o los socios comerciales del proveedor pueden divulgar esta información de forma electrónica. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad.

Comunicaciones sobre My Healthcare

Acepto que el Proveedor o un representante del Proveedor, o un consultorio médico independiente pueden comunicarse conmigo para programar las visitas de seguimiento necesarias recomendadas por el médico tratante.

Consentimiento para el uso del correo electrónico, teléfono celular o mensajes de texto para recordatorios de citas u otras comunicaciones de atención médica

(iniciales del paciente/representante) Es posible que se envíen algunos mensajes relevantes para su visita independientemente del consentimiento explícito, que incluyan instrucciones o comunicaciones directamente relacionadas con su atención. Estas instrucciones pueden incluir, entre otras, instrucciones posteriores al procedimiento, instrucciones de seguimiento, información educativa e información de recetas médicas. Para otros tipos de comunicaciones, doy mi consentimiento para recibir, por llamada telefónica, mensaje de texto o transmisión de buzón de voz, comunicaciones por o en nombre del consultorio/la clínica en el correo electrónico, número de teléfono o dirección de mensajes de texto que proporcioné en mi registro de paciente. También doy mi consentimiento para recibir dichas comunicaciones en cualquier correo electrónico, dirección de mensajes de texto o número de teléfono desviado o transferido desde esa dirección o número de teléfono. Otras comunicaciones de atención médica pueden incluir, entre otras, comunicaciones de atención médica a la familia o a los representantes designados en relación con mi tratamiento o condición, mensajes de recordatorio para mí con respecto a mis citas de atención médica, comunicaciones relacionadas con el seguro o la facturación o solicitudes de comentarios sobre mi visita mediante encuestas de satisfacción o revisiones dirigidas al público. Autorizo y reconozco que estas instrucciones y otras comunicaciones pueden transmitirse mediante un sistema automatizado para la selección o marcación de números de teléfono o la reproducción de mensajes pregrabados y las puede realizar el consultorio o la clínica o alguien que llame en su nombre, incluso si mi número de teléfono está incluido en cualquier registro federal o estatal de "no llamar". En la medida en que estas instrucciones y otras comunicaciones puedan considerarse como llamadas telefónicas de ventas, solicitudes o publicidad, doy mi consentimiento para recibir las. Entiendo que no estoy obligado a dar mi consentimiento directo o indirecto a las comunicaciones para recibir servicios de atención médica.

Nota: este centro utiliza una historia clínica electrónica que actualizará todos sus datos demográficos y consentimientos con la información que acaba de proporcionar. Tenga en cuenta que esta información también se actualizará para su comodidad en todos nuestros centros afiliados con los que usted se relaciona que comparten la historia clínica electrónica. Mi consentimiento para acceder al Portal del Paciente de la Historia Clínica Electrónica de la ubicación se considerará independiente del consentimiento de este formulario (sección: Consentimiento para el uso de correo electrónico, teléfono celular o mensaje de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica).

¿DESEA DESIGNAR A UN FAMILIAR U OTRA PERSONA CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDA CONVERSAR SOBRE SU CONDICIÓN MÉDICA? EN CASO AFIRMATIVO, ¿A QUIÉN?

Otorgo un permiso para que mi información de salud protegida sea divulgada con el fin de comunicar los resultados, los hallazgos y las decisiones de atención a los familiares y otras personas mencionadas a continuación:

	Nombre	Relación	Número de contacto
1:			
2:			
3:			

El paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización específica y esa revocación o modificación debe ser por escrito.

Consentimiento para la toma de fotografías o grabación para operaciones de seguridad o atención médica

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, grabaciones digitales de audio o imágenes de mí para la atención, a los fines de seguridad o para operaciones de atención médica del consultorio/clínica (por ejemplo, actividades de mejora de la calidad). Entiendo que el consultorio/clínica conserva los derechos de propiedad de las imágenes o las grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso a las imágenes o grabaciones, u obtener copias de estas, cuando sea tecnológicamente posible, a menos que lo prohíba la ley. Entiendo que estas imágenes o grabaciones se guardarán y protegerán de forma segura. Las imágenes o grabaciones en las que se me identifica no se divulgarán ni se utilizarán fuera de las instalaciones sin una autorización específica por escrito de mi parte o mi representante legal, a menos que la ley lo permita o exija.

Divulgación de la información.

Por la presente doy mi permiso para que el consultorio o la clínica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención del paciente hospitalizado o ambulatorio divulguen información de atención médica a los fines de operaciones de tratamiento, pago o atención médica.

- La información de atención médica sobre servicios anteriores en otros proveedores afiliados de HCA puede estar disponible para que proveedores afiliados de HCA posteriores coordinen la atención. La información de atención médica puede ser divulgada a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente a fin de verificar cuestiones de cobertura o pago, o para cualquier otro fin relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también puede ser divulgada a la persona designada de mi empleador cuando los servicios brindados se relacionen con una reclamación en virtud de una indemnización por accidentes de trabajo.
- Si tengo la cobertura de Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información de atención médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o aseguradoras para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, entre otros, antecedentes y registros físicos, de emergencia, informes de laboratorio, informes de operaciones, notas de evolución de enfermería, consultas, informes psicológicos o psiquiátricos, tratamiento por abuso de drogas y alcohol y resumen del alta.
- Las leyes federales y estatales pueden permitir que este establecimiento participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas a fin de que estas personas y entidades compartan mi información de salud entre sí para cumplir metas que pueden incluir, entre otras: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mis registros de salud; disminuir el tiempo que se necesita para acceder a mi información; reunir y comparar mi información con fines de mejora de la calidad; y otros propósitos que sean permitidos por ley. Entiendo que este establecimiento puede ser miembro de una o más organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas, condiciones de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química o enfermedades infecciosas incluidas, entre otras, enfermedades de transmisión sexual como el VIH y el SIDA.

Acuerdo financiero

Reconozco, que como una cortesía, Dallas Sarcoma Associates (práctica), puede facturar a mi compañía de seguros los servicios que reciba. Acepto pagar los servicios que no estén cubiertos o cargos cubiertos no pagados en su totalidad incluidos, entre otros, cualquier copago, coseguro o deducible, o cargos no cubiertos por el seguro. Cobro por parte de un tercero. Reconozco que la práctica puede usar los servicios de un tercer socio comercial o entidad afiliada como una oficina central de facturación (CBO) para prestar servicios y facturar cuentas médicas. Cesión de beneficios Por el presente cedo a la práctica cualquier beneficio de seguro o de terceros disponible por los servicios de atención médica que me fueran provistos. Entiendo que la práctica tiene el derecho a rechazar o aceptar la cesión de dichos beneficios. Si estos beneficios son cedidos a la práctica, acepto enviar inmediatamente una vez recibidos todos los pagos del seguro de salud o de terceros que reciba por los servicios que me fueran provistos. Certificación del paciente de Medicare y cesión de beneficios. Certifico que cualquier información que proporcione, en su caso, al solicitar el pago según el Título XVIII ("Medicare") o Título XIX ("Medicaid") de la Ley de Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados sea realizado en mi nombre a Dallas Sarcoma Associates por parte del programa Medicare o Medicaid.

Certifico que he leído y entiendo completamente todas las páginas de las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntario a su contenido.

Firma del paciente/representante del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente/representante personal en letra de imprenta: _____ Relación con el paciente: _____



Patient Name/Nombre del paciente: _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

Past Medical History: Please circle conditions you have/had/Historial médico pasado: marque con un círculo las enfermedades que tiene/tuvo:

- | | | |
|---|---|--|
| Anemia/Anemia | Heart Attack/Ataque cardíaco | Poor Circulation/Mala circulación |
| Anxiety/Ansiedad | Heart Problem/Problema cardíaco | Pulmonary Embolism/Embolia pulmonar |
| Arthritis/Artritis | Hepatitis/Hepatitis | Rheumatoid Arthritis/Artritis reumatoidea |
| Bleeding Disorder/Trastorno hemorrágico | Hernia/Hernia | Seizures/Epilepsy/Convulsiones/epilepsia |
| Blood Clots/Coágulos de sangre | High Blood Pressure/Hipertensión arterial | Stroke/Derrame |
| Cancer/Cáncer | Kidney Disease/Enfermedad renal | Thyroid Problems/Problemas de tiroides |
| Diabetes/Diabetes | Leg or Foot Ulcer/Úlcera de pierna o pie | Tuberculosis/Tuberculosis |
| Endocarditis/Endocarditis | Liver Disease/Enfermedad hepática | Ulcers/Úlceras |
| Fibromyalgia/Fibromialgia | Lung Disease/Enfermedad pulmonar | Urinary Tract Infections/Infección del tracto urinario |
| GERD (Acid Reflux)/Reflujo gástrico
(GERD, por sus siglas en inglés) | Osteoporosis/Osteoporosis | Other/Otro: _____ |
| Gout/ Gota | Pacemaker/Marcapasos | _____ |

Childhood Diseases/Enfermedades infantiles: Measles/Sarampión Mumps/Paperas Scarlet Fever/Fiebre escarlata Other/Otra: _____

Have you ever been diagnosed with Hepatitis C, and if so, when?/¿Le han diagnosticado hepatitis C? De ser así, ¿cuándo? _____

(If yes, then you should not drink alcohol as it is associated with varying degrees of risk to your health.)

(Si su respuesta es afirmativa, no debería beber alcohol ya que se asocia con diferentes grados de riesgo para su salud).

Females: Are you now, or do you think you could be pregnant?/Mujeres: ¿Está embarazada o cree que podría estarlo? Yes/Sí No/No

ALLERGIES/ALERGIAS

SURGERY/HOSPITALIZATIONS/CIRUGÍA/HOSPITALIZACIONES

DATE/ FECHA

Patient Name/Nombre del paciente: _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

Family: What illnesses have there been in your family?/Familia: ¿qué antecedentes de enfermedades han habido en su familia?

	Major Illnesses, or had the same problem as you do now Enfermedad grave, o con el mismo problema que usted tiene en la actualidad	Living? ¿Vive?	Age of Death Año de fallecimiento
Father/Padre			
Mother/Madre			
Sibling (M F) Hermano (M F)			
Sibling (M F) Hermano (M F)			
Child (M F) Hijo (M F)			
Child (M F) Hijo (M F)			
Grandparent (M F) Abuelo (M F)			
Grandparent (M F) Abuelo (M F)			

Siblings: Brothers/Hermanos (en total): Hermanos: _____ Sisters/Hermanas: _____ Healthy?/¿Saludables? _____

Children: Sons/Hijos (en total): Hijos: _____ Daughters/Hijas: _____ Healthy?/¿Saludables? _____

Social/Social:

Alcohol: How often do you drink?/Alcohol: ¿Con cuánta frecuencia bebe?

Daily/Diariamente Weekly/Semanalmente Monthly/Mensualmente Occasionally/Ocasionalmente Never/Nunca

Unhealthy alcohol use covers a spectrum that is associated with varying degrees of risk to health. This may include risky use, problem drinking, harmful use, and alcohol abuse, and the less common but more severe alcoholism and alcohol dependence. Risky use is defined as >7 standard drinks per week (or >3 drinks per occasion) for women and seniors and >14 standard drinks per week (or >4 drinks per occasion) for men <65 years old.

El consumo de alcohol en exceso abarca diferentes grados de riesgos para la salud. Esto puede incluir el consumo riesgoso, problemas con la bebida, el consumo perjudicial y el abuso del alcohol y, lo que es menos común pero más grave, alcoholismo o dependencia alcohólica. El consumo riesgoso se define como más de siete tragos por semana (o más de tres tragos por ocasión) para las mujeres y personas mayores y más de catorce tragos por semana (o más de cuatro tragos por ocasión) para hombres menores de 65 años.

Tobacco: Do you smoke now?/Tabaco: ¿Fuma? Yes/Sí No/No

How many packs per day?/¿Cuántas cajetillas por día? _____ How many years?/¿Hace cuántos años? _____

Have you quit?/¿Ha dejado? Yes/Sí No/No If yes, when?/En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

The U.S. Surgeon General has said, "Smoking cessation (Stopping smoking) represents the single most important step that smokers can take to enhance the length and quality of their lives."

El cirujano general de los EE. UU. ha dicho "El abandono del tabaquismo (dejar de fumar) representa el único paso más importante que los fumadores pueden tomar para mejorar la duración y la calidad de su vida".

Exercise/Hace ejercicio: Never/Nunca Sometimes/A veces Often/Con frecuencia

Are you/Usted es: Single/Soltero Married/Casado Widowed/Viudo Divorced/Divorciado Other/Otro: _____

Where do you live now?/¿Dónde vive?

Home Alone/En casa solo With Family/Con familia Nursing Home/En un asilo Assisted Living/Vida asistida Rehab/LTAC/Rehabilitación/LTAC

Drugs: Have you, or do you currently, use illegal drugs?/Drogas: ¿ha consumido o consume drogas ilegales?

Yes/Sí No/No Quit (when)/Dejó (cuándo): _____

Diet/Dieta: Diabetic/Diabetes Low Salt/Baja en sodio Low Carb/Baja en carbohidratos Other/Otra: _____

Occupation/Ocupación: _____

Working/Trabajador Retired/Jubilado Temp. Disability/Temporal Discapacidad Perm. Disability /Permanente Discapacidad

ROS: What else is troubling you TODAY?/Revisión de síntomas: ¿qué otro problema tiene HOY?

General/General:	Fever/Fiebre	Chills/Escalofríos	Weight Loss/Gain /Pérdida/aumento de peso	Fatigue/Fatiga	Malaise (Feel Sick)/ Malestar (descompostura)	Night Sweats/ Sudoración nocturna
Skin/Piel:	Multiple Birthmarks/Marcas de nacimiento múltiples Cavities/Cavidades	Rashes/Erupciones	Wounds/Heridas	Itching/Comezón		
Head/Cabeza:		Vision Changes/Cambios en la visión	Ulcers/Úlceras			
Chest/Pecho:	Shortness of Breath/ Dificultad para respirar	Wheezing/Sibilancia	Cough/Tos	Chest Pain/ Dolor en el pecho	Palpitations/Palpitaciones	
Digestion/Digestión:	Nausea/Náuseas	Vomiting/Vómitos	Constipation/Estreñimiento	Diarrhea/Diarrea		
Urine/Orina:	Infections/Infecciones	Bloody/Sangre	Frequency/Frecuente	Urgency/Urgente		
Reproduction /Reproducción:	Discharge/Pérdidas	VD/STD/Enfermedades venéreas/enfermedades de transmisión sexual	Irregular Periods/ Periodos irregulares			
Nerves/Nervios:	Fainting/Desmayos	Shooting Pains/Dolores punzantes	Numbness/Entumecimiento	Tingling/Cosquilleos	Weakness/Debilidad	
Body/Cuerpo:	Cramps/Calambres	Soreness/Dolor	Fractures/Fracturas	Swollen Joints/ Articulaciones inflamadas		
Mind/Mente:	Depression/Depresión	Anxiety/Ansiedad	Mood Swings/ Cambios de humor			
Glands/Glándulas:	Swollen Glands /Glándulas inflamadas	Chills/Escalofríos	Sweats/Sudoración	Hyperactive/Hiperactividad	Constant Hunger/Thirst/ Hambre/sed constante	
Blood/Sangre:	Bruises/Hematomas	Transfusions/Transfusiones	Blood Thinners/Anticoagulantes			

Immunizations/Vacunas

Have you had the flu shot this flu season?/¿Se ha colocado la vacuna antigripal esta temporada? ___ Yes/Sí ___ No/No

If Yes, when?/En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

Have you had the Pneumococcal vaccine?/¿Se ha colocado la vacuna antineumocócica? ___ Yes/Sí ___ No/No

If Yes, when?/En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

"I attest that the above information is true and correct, to the best of my knowledge."

"Certifico que la información anterior es verdadera y correcta, según mi conocimiento".

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

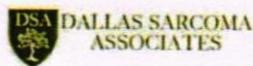
Patient Name/Nombre del paciente: _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

Thank you for taking the time to tell us about you!

Did you know that all this information can point to bone and muscle conditions? Everything you answer here can help us find the real problem.

¡Gracias por tomarse el tiempo para hablarnos acerca de usted!

¿Sabía que esta información puede identificar enfermedades de los huesos y músculos? Todo lo que responda puede ayudarnos a encontrar el problema real.



Patient Name/ Nombre del paciente: _____

Date of Birth/ Fecha de nacimiento: _____

Fall Risk Assessment - Age 65 and older
Evaluación en Riesgos de Caída edad 65 o Mayor

Please Note: This screening is required by federal mandate to be completed annually.
Atención: Este cribado es requerido por un mandato federal de ser completado anualmente.

Date/Fecha: _____

Increased Fall Risk Factors (check all that apply)/ Incremento de factores de riesgos de caída (marque en lo que aplica):

- Diagnoses (Do you have 3 or more existing Medical Conditions?)
Diagnosis (¿Tiene 3 o más condiciones médicas existentes?)
- Do you have a prior history of falls within 3 months?
¿Tiene una historia previa de caídas dentro de los 3 meses?
- Incontinence (Do you have an uncontrolled bladder?)
Incontinencia (¿Tiene una vejiga incontrolable?)
- Visual Impairment (Do you have trouble seeing?)
Discapacidad visual (¿Tiene dificultad para ver?)
- Environmental Hazard (Do you have stairs or loose rugs at home?)
Peligro medioambiental (¿Tiene escalones o alfombras sueltas?)
- Impaired functional mobility (Do you use a cane or walker?)
Movilidad funcional deteriorada (¿Utiliza un bastón o caminante?)
- Polypharmacy (Do you take more than 3 medications?)
Polifarmacia (¿Consume más de 3 medicamentos?)
- Pain affecting level of function (Does pain keep you from performing your daily activities?)
Dolor afectando su nivel de función (¿El dolor lo/a detiene de hacer sus actividades diarias?)
- Cognitive Impairment (Do you have trouble remembering things, concentrating, or making decisions that affect daily life?)
Discapacidad cognitivo (¿Tiene problemas para recordar cosas, concentrarse o tomar decisiones que afectan la vida diaria?)
- None of the above
Ninguna de las anteriores
- History of falls in the past year/ Historial de caídas en el último año: NO YES/SI
- If yes, how many/ Si es si, cuantas veces: _____
- If yes, were you injured/ Si es si, estaba lesionado?: NO YES/SI

Cuestionario de Depresión

Durante las últimas 2 semanas, ¿Cuánto le han molestado...	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	0	1	2	3
Con problemas en dormirse o en mantenerse dormida, o en dormir demasiado	0	1	2	3
Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
Sentir falta de amor propio - o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a o a su familia	0	1	2	3
Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la television	0	1	2	3
Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría da cuenta – o de lo contrario, está tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3