

## MANEJO DE MEDICAMENTOS

### Información del Paciente para Admisión/Inscripción:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Seguro Social del Paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Estado Marcial:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Separado  Viudo/a  Pareja doméstica  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono residencial: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

### Información del seguro:

Seguro Primario: \_\_\_\_\_  
Numero de identificación: \_\_\_\_\_  
Seguro Secundario: \_\_\_\_\_  
Numero de identificación: \_\_\_\_\_

### Responsable:

SOLO COMPLETE ESTA SECCIÓN SI USTED ES EL PADRE Y / O TUTOR DE LA PERSONA QUE ESTÁ SIENDO VISTA POR EL MÉDICO

Nombre: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Estado Marcial:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Separado  Viudo/a  Pareja doméstica  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono residencial: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, tengo cobertura de seguro con \_\_\_\_\_  
Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no pagados por el seguro.  
Reconozco que el médico asignado tiene una tolerancia cero para no llamada / no presentación.  
Entiendo que la no llamada / no presentación consistente puede resultar en la terminación de mis servicios.  
Por lo presente, autorizo al médico asignado y / o a Serenity Mental Health a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios.  
Autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguros.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre Firma Fecha

### ¿El paciente tiene alguno de los siguientes problemas de salud?

- Diabetes       Infarto Cerebral       Presión arterial alta       Alergias       Cancer  
 VIH/SIDA       Enfermedad cardíaca       Tuberculosis       Nefropatía  
 Otros: (especifíquese)
- 
- 

### Medicamentos del Paciente:

Por favor, enumere CUALQUIERA/ TODOS los medicamentos, vitaminas, hierbas o suplementos que el paciente está tomando actualmente. Por favor, incluya las dosis y la frecuencia de todos los medicamentos, vitaminas, hierbas y suplementos que toma el paciente.

---

---

---

Por favor, enumere cualquier condición CRÓNICA. (Las afecciones crónicas NUNCA desaparecen).

---

---

---

Por favor, enumere cualquier medicamento psicotrópico tomado en el pasado y la razón por la que ya no se toman.

---

---

---

### Acuerdo de Farmacia

Yo, \_\_\_\_\_

Solo usaré una farmacia para surtir/obtener mi(s) medicamento(s). Mi médico puede hablar con el farmacéutico sobre mi(s) medicamento(s) si es necesario; También entiendo que mientras tomo medicamentos, es posible que se me pida que complete un consentimiento para la divulgación de información si mi proveedor necesita comunicarse con otros proveedores con respecto a mi atención y / o uso de este medicamento.

Informaré al consultorio de mi proveedor de cualquier cambio en mi farmacia, recetas de otros médicos o si recibo medicamentos controlados de otros médicos (por ejemplo: un dentista, un proveedor de la sala de emergencias, etc.). Entiendo que si esto ocurre, debo llevar este medicamento a la oficina en su frasco original, incluso si no quedan píldoras / cápsulas.

Entiendo que si rompo cualquiera de estas reglas, o si mi proveedor decide que este medicamento (s) me está perjudicando más que ayudándome, mi(s) proveedor(es) puede(n) suspender este(s) medicamento(s) de una manera segura.

He hablado sobre este acuerdo con mi proveedor o personal médico y entiendo las reglas anteriores.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre Firma Fecha

### **Farmacia Preferida**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Zip: \_\_\_\_\_

### **Acuerdo del Paciente con Medicamentos Controlados:**

El uso de sustancias controladas, es decir, Xanax, Valium, Klonopin y otras benzodiazepinas puede causar adicción y puede ser una parte de los tratamientos para la ansiedad y los trastornos de pánico.

Si mi plan de tratamiento incluye sustancias controladas, los objetivos de estos medicamentos son:

- Para mejorar mi capacidad de trabajar y funcionar en casa.
- Para ayudar a mis síntomas de ansiedad y pánico tanto como sea posible sin causar efectos secundarios peligrosos. Me han dicho que:
  - Si bebo alcohol o uso drogas callejeras / recreativas, es posible que no pueda pensar con claridad y podría tener sueño y arriesgarme a lesiones personales.
  - Puedo volverme adicto a este medicamento.
  - Si yo o alguien de mi familia tiene antecedentes de problemas de drogas o alcohol, hay una mayor probabilidad de adicción.
  - Si necesito suspender este medicamento, debo hacerlo lentamente o puedo enfermarme gravemente.
  - Estoy de acuerdo con lo siguiente:
- Soy responsable de mis medicamentos. No compartiré, venderé ni intercambiaré mi medicamento. No tomaré los medicamentos de nadie más.
- No aumentaré mi medicamento hasta que hable con mi proveedor o la enfermera de la clínica.
- Asistiré a todas las citas programadas por mis proveedores (tales como: atención primaria, manejo del dolor, salud mental, fisioterapia o tratamientos de abuso de sustancias)
- Llevaré los frascos de píldoras con los extractores restantes de este medicamento a cada visita a la clínica.
- Acepto dar una muestra de sangre u orina, si se me pide, para detectar el abuso de drogas. Las recargas solo se realizarán en citas de seguimiento en persona / telemedicina durante las horas regulares de oficina, a discreción del proveedor. No se autorizarán recargas después del horario comercial o en días festivos. **Debo hacer una cita para ver a nuestros proveedores para cualquier resurtido de medicamentos controlados. No se harán excepciones.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre Firma Fecha

### Acuerdo del Paciente con Medicamentos Inyectables

Una inyección es una forma de administrar una forma líquida estéril de medicamento en los tejidos del cuerpo que se encuentran con la piel, generalmente usando una aguja o tubo afilado y hueco. Las inyecciones generalmente se usan para medicamentos que necesitan actuar rápidamente o no se absorben bien en el síntoma digestivo. Algunos medicamentos se pueden administrar como inyecciones de acción prolongada, conocidas como inyecciones de depósito, que es un medicamento de liberación lenta y se absorbe constantemente en el cuerpo durante varias semanas o incluso meses.

En el caso de que mi proveedor médico sugiera un medicamento inyectable como parte de mi plan de tratamiento, entiendo que el uso de un medicamento inyectable es voluntario y que mi plan de tratamiento se dejará a discreción mía y de mi proveedor.

Si mi proveedor médico y yo determinamos que un medicamento inyectable es apropiado para mi plan de tratamiento, entiendo que se me pedirá que complete un formulario de consentimiento de inyección adicional y, por la presente, acepto seguir todas las recomendaciones para la dosis, administración y mantenimiento apropiados.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre    Firma    Fecha

### Requisitos de Orden de Laboratorio y Acuerdo con el Paciente

Nos enorgullecemos de Serenity de proporcionar el entorno más seguro para nuestros pacientes. Parte de su plan de tratamiento puede incluir análisis de laboratorio de rutina. Por lo general, le pediremos que realice su trabajo de laboratorio en un laboratorio contratado por Serenity o ocasionalmente aceptaremos que su PCP o especialista nos envíe trabajos de laboratorio.

***¿Cuál es la importancia de evaluar los valores de laboratorio al prescribir medicamentos?***

El monitoreo de laboratorio ayuda a garantizar una terapia de medicamentos segura y efectiva, especialmente para medicamentos con mayor riesgo de toxicidad inducida por medicamentos. De hecho, muchos problemas potenciales son fácilmente detectables y prevenibles mediante una evaluación común de laboratorio. Únase a nosotros para hacerse cargo de su propia seguridad del paciente y el mejor resultado para su tratamiento recomendado aquí en Serenity.

***Al firmar a continuación, certifico que entiendo y acepto cumplir con el trabajo de laboratorio de rutina de Serenity. requisitos para seguir cumpliendo con las políticas de administración de medicamentos.***

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre    Firma    Fecha

### Uso Adecuado de la Sustancia Controlada

\_\_\_\_\_ Mi médico ha discutido cómo usar efectivamente la sustancia controlada que se está recetando y acepto tomar el medicamento según las indicaciones y no desviarse de los parámetros de la receta según lo escrito por mi médico.

\_\_\_\_\_ He discutido mi plan de tratamiento con mi médico, y tengo una buena comprensión del tratamiento general plan y objetivos del tratamiento. Un objetivo principal del tratamiento es utilizar la cantidad mínima de sustancias controladas para aumentar la función.

\_\_\_\_\_ Entiendo el protocolo de mi médico para abordar cualquier solicitud de recargas, si mi tratamiento para el dolor con la sustancia controlada va más allá de los treinta (30) días.

\_\_\_\_\_ Entiendo que se me pedirá que firme y cumpla con un acuerdo de medicamentos recetados. Si el tratamiento excede los noventa (90) días, me doy cuenta de que la ley de Nevada me exigirá que complete una evaluación adicional con respecto a mi riesgo de abuso, mal uso o desviación de la sustancia controlada.

### **Almacenamiento y Eliminación Seguros de Una Sustancia Controlada**

\_\_\_\_\_ Es mi responsabilidad almacenar y desechar las sustancias controladas de la manera adecuada. Almacenaré sustancias controladas en un lugar seguro y fuera del alcance de los niños y otros miembros de la familia. Para deshacerme de manera segura de los medicamentos no utilizados, puedo devolverlos a una farmacia local, una estación de policía local, una estación de "día de devolución de medicamentos", o puedo desecharlos de manera segura disolviéndolos en una bolsa "Dettera", que puede estar disponible para su compra en una farmacia.

### **Para mujeres en edad entre 15 y 45 años**

\_\_\_\_\_ Es mi responsabilidad decirle a mi médico si lo estoy, o tengo razones para creer que estoy embarazada, o si estoy pensando en quedar embarazada durante el curso de mi tratamiento con sustancias controladas, si existe riesgo para un feto de exposición a sustancias controladas durante el embarazo, incluido el riesgo de dependencia fetal de la sustancia controlada y el síndrome de abstinencia neonatal (abstinencia).

### **Si la Sustancia Controlada es un Opiode**

\_\_\_\_\_ Debido al riesgo de una posible sobredosis fatal resultante del uso de sustancias controladas, el antídoto de sobredosis de opioides naloxonas está disponible sin receta en una farmacia de Nevada, entiendo que puedo obtener este medicamento de un farmacéutico en cualquier momento.

\_\_\_\_\_ Además de todo lo anterior, existen mayores riesgos de que el menor pueda abusar o abusar de la sustancia controlada o desviar la sustancia controlada para su uso por otra persona. Me han informado sobre formas de detectar tal abuso, mal uso o desviación.

***He leído y entiendo cada una de las declaraciones escritas anteriormente y he tenido la oportunidad de tener todas mis preguntas respondidas. Al firmar, doy mi consentimiento para la prescripción de sustancias controladas para el tratamiento del dolor.***

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre Firma Fecha

***Para menores de edad, o para un tutor legal:***

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre Firma Fecha

## Medida Actual Sobre el Uso Indebido de Opioides (COMM, por sus siglas en inglés)

La Medida Actual de Uso Indebido de Opioides (COMM, por sus siglas en inglés) es una breve autoevaluación del paciente para monitorear la terapia con opioides para pacientes con dolor crónico. El COMM se desarrolló con la orientación de un grupo de expertos en dolor y adicciones y aportes de médicos de manejo del dolor en el campo. Los expertos y proveedores identificaron seis cuestiones clave para determinar si los pacientes que ya están en tratamiento con opioides a largo plazo exhiben comportamientos aberrantes relacionados con la medicación:

- Signos y síntomas de intoxicación
- Volatilidad emocional
- Evidencia de una respuesta deficiente a los medicamentos
- Adicción
- Uso de la atención médica, patrones
- Comportamiento problemático de los medicamentos

El COMM ayudará a los médicos a identificar si un paciente, actualmente en terapia con opioides a largo plazo, puede estar exhibiendo aberrantes. comportamiento asociado con el uso indebido de medicamentos opioides. Por el contrario, el Screener and Opioid Assessment for Patient with Pain (SOAPP) tiene la intención de predecir qué pacientes, al ser considerados para la terapia con opioides a largo plazo, pueden exhibir comportamientos aberrantes en el futuro. Dado que el COMM: examina el uso indebido concurrente, es ideal para ayudar a los médicos a monitorear los comportamientos aberrantes relacionados con la medicación del paciente en el transcurso del tratamiento. El COMM es:

- Una autoevaluación rápida y fácil de administrar del paciente
- 17 artículos
- Fácil de puntuar
- Se completa en menos de 10 minutos
- Validado con un grupo de aproximadamente 500 pacientes con dolor crónico en terapia con opioides
- Ideal para documentar decisiones sobre el nivel de monitoreo planificado para un paciente en particular o justificar derivaciones a clínicas especializadas en dolor.
- El COMM es solo para uso clínico. El peaje no está destinado a la distribución comercial.
- El COMM no es un detector de mentiras. Los pacientes decididos a tergiversarse a sí mismos seguirán haciéndolo. Se debe usar otra información clínica con las puntuaciones de COMM para decidir si se necesitan modificaciones en el plan de tratamiento de un paciente en particular y cuándo.
- Es importante recordar que todos los pacientes con dolor crónico merecen tratamiento para su dolor. Los proveedores que no se sienten cómodos tratando a ciertos pacientes deben referir a esos pacientes a un especialista.

Por favor, responda a las preguntas utilizando la siguiente escala:	Nunca (0)	Raramente (1)	A veces (2)	Frecuentemente (3)	Muy a menudo (4)
1. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para pensar con claridad o ha tenido problemas de memoria?					
2. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia las personas se quejan de que no está completando las tareas necesarias? (es decir, hacer cosas que deben hacerse, como ir a clase, al trabajo o a las citas).					
3. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que ir a alguien que no sea su médico prescriptor para obtener suficiente alivio del dolor con los medicamentos? (es decir, otro médico, la sala de emergencias, amigos, fuentes de la calle).					

4. En los últimos 30 días, con qué frecuencia ha tomado sus medicamentos de manera diferente a como se recetan.					
5. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia has pensado seriamente en lastimarte a ti mismo?					
6. En los últimos 30 días, ¿cuánto tiempo pasó pensando en los medicamentos opioides? (tener suficiente, tomarlos, horario de dosificación, etc.)					
7. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha estado en un ¿argumento?					
8. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para controlar su ira (por ejemplo, ira en la carretera, gritos, etc.)?					
9. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha necesitado tomar medicamentos para el dolor que pertenecen a otra persona?					
10. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se ha preocupado por cómo está manejando sus medicamentos?					
11. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se han preocupado los demás por cómo está manejando sus medicamentos?					
12. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que hacer una llamada telefónica de emergencia o presentarse en la clínica sin una cita?					
13. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia te has enojado con la gente?					
14. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que tomar más de sus medicamentos de los recetados?					
15. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha pedido prestados medicamentos para el dolor a otra persona?					
16. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha usado su medicamento para el dolor como medicamento para los síntomas y otros para el dolor? (por ejemplo, para ayudarlo a dormir, mejorar su estado de ánimo o aliviar el estrés.					
17. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que visitar la sala de emergencias?					

### **Instrucciones de Puntuación Para el COMM**

Para calificar el COMM, simplemente agregue la calificación de todas las preguntas. Una puntuación de 9 o superior se considera positiva.

<b>Suma de Preguntas</b>	<b>Indicación COMM</b>
Mayor que o = 9	+
Menos de 9	-

Como para cualquier escala, los resultados dependen de la puntuación de corte que se elija. Una puntuación que es sensible en la detección de pacientes que están abusando o haciendo un mal uso de su medicación opioide v.7III necesariamente incluye un número de pacientes que realmente no están abusando o haciendo un mal uso de su

medicación. El COMM tenía la intención de sobre-identificar mal uso, en lugar de etiquetar erróneamente a alguien como responsable cuando no lo es. Por lo tanto, se aceptó una puntuación de corte baja. Creemos que es más importante identificar a los pacientes que solo tienen la posibilidad de abusar de sus medicamentos que no identificar a aquellos que están abusando de sus medicamentos. Por lo tanto, es posible que el COMM resulte en falsos positivos que los pacientes identificaron como mal uso de su medicación cuando no lo estaban.

La siguiente tabla presenta varias estadísticas que describen cuán efectivo es el COMM en diferentes valores de corte. Estos valores sugieren que el COMM es una prueba sensible. Esto confirma que el COMM es mejor para identificar quién está haciendo un mal uso de su medicamento que para identificar quién no está haciendo un mal uso. Clínicamente, una puntuación de 9 o más identificará al 77% de los que resultan estar en alto riesgo. Los valores predictivos negativos para una puntuación de corte de 9 es de .95, lo que significa que la mayoría de las personas que tienen un COMM negativo probablemente no estén haciendo un mal uso de su medicamento. Finalmente, la razón de probabilidad positiva sugiere que una puntuación COMM positiva (en un punto de corte de 9) es casi 3 veces (3.48 veces) más probable que provenga de alguien que está haciendo un mal uso de su medicamento (tenga en cuenta que al usar una puntuación de corte de 9 asegurará que el proveedor tenga menos probabilidades de pasar por alto a alguien que realmente está haciendo un mal uso de sus opioides recetados. Sin embargo, uno debe recordar que un puntaje COMM bajo sugiere que el paciente está realmente en bajo riesgo, mientras que un puntaje COMM alto contendrá un mayor porcentaje de falsos positivos (alrededor del 34%) mientras que al mismo tiempo conserva un gran porcentaje de verdaderos positivos. Esto podría mejorarse, de modo que una puntuación positiva tenga una tasa de falsos positivos más baja, pero solo a riesgo de perder más a aquellos que muestran un comportamiento aberrante.]

Puntuación de corte de COMM	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo	Razón de verosimilitud positiva	Razón de verosimilitud negativa
Puntuación 9 o superior	.77	.66	.66	.95	3.48	.08



### Índice de Uso Indebido de Opioides Recetados

1. ¿Alguna vez usa MÁS de su medicamento, es decir, toma una dosis más alta de lo que se le receta?  
 SI  NO
1. ¿Alguna vez usa su medicamento CON MÁS FRECUENCIA, es decir, acorta el tiempo entre dosis?  
 SI  NO
1. ¿Alguna vez se siente drogado o tiene un zumbido después de usar su medicamento para el dolor?  
 SI  NO
1. ¿Alguna vez toma su medicamento para el dolor porque está molesto, usando el medicamento para aliviar o hacer frente a problemas que no sean el dolor?  
 SI  NO
1. ¿Alguna vez ha acudido a varios médicos, incluidos los médicos de la sala de emergencias, en busca de más de su medicamento para el dolor?  
 SI  NO
1. ¿Alguna vez necesita resurtidos tempranos para sus medicamentos para el dolor?  
 SI  NO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

### Controlled Substance Questionnaire

	Si	No	N/A
1. ¿Alguna vez ha usado una sustancia controlada de una manera distinta a la prescrita?			
2. ¿Alguna vez ha desviado una sustancia controlada a otra persona?			
3. ¿Alguna vez ha tomado una sustancia controlada que no tuvo el efecto deseado?			
4. ¿Está usando actualmente alguna droga, incluyendo alcohol o marihuana?			
5. ¿Está usando alguna droga que pueda interactuar negativamente con una sustancia controlada?			
6. ¿Está usando algún medicamento que no haya sido recetado por un profesional que lo esté tratando?			
7. ¿Alguna vez ha intentado obtener una recarga temprana de una sustancia controlada?			
8. ¿Alguna vez ha hecho un reclamo de que una sustancia controlada se perdió o fue robada?			
9. ¿Alguna vez le han preguntado sobre su informe de farmacia o informe PMP?			
10. ¿Alguna vez se ha hecho análisis de sangre u orina que indican el uso inapropiado de medicamentos?			
11. ¿Alguna vez ha sido acusado de comportamiento inapropiado o intoxicación?			
12. ¿Alguna vez ha aumentado la dosis o la frecuencia de los medicamentos sin decírselo a su proveedor?			
13. ¿Alguna vez ha tenido dificultades para detener el uso de una sustancia controlada?			
14. ¿Alguna vez ha exigido que le receten una sustancia controlada?			
15. ¿Alguna vez se ha negado a cooperar con alguna prueba o examen médico?			
16. ¿Alguna vez ha tenido antecedentes de abuso de sustancias de algún tipo?			
17. ¿Ha habido algún cambio en su salud que pueda afectar sus medicamentos?			
18. ¿Ha abusado o se ha vuelto adicto a una droga o no ha cumplido con las instrucciones?			
19. ¿Hay algún otro factor que su médico debe considerar antes de recetar?			

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre Firma Fecha

***Para menores de edad, o para un tutor legal:***

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre Firma Fecha

Escala Clínica de Abstinencia de Opioides (COWS) INTERVAL	0 mins	30 mins	2 hours	4 hours
<b>Fecha:</b> <b>HORA</b>				
	Puntuación	Puntuación	Puntuación	Puntuación
<b>Frecuencia cardíaca en reposo (medida después de acostarse o sentarse durante 1 minuto):</b> 0 HR 80 o menos 1 HR 81-100 2 HR 101-120. 4 HR mayor que 120				
<b>Sudoración (anterior a 30 minutos y no relacionada con la temperatura ambiente/</b> 0 no hay informe de escalofríos o enrojecimiento 1 informe subjetivo de escalofríos o enrojecimiento 2 humedad enrojecida u observable en la cara 3 gotas de sudor en la frente o la cara 4 sudor saliendo de la cara				
<b>Inquietud (observar durante la evaluación):</b> 0 capaz de quedarse quieto 1 reporta dificultad para quedarse quieto, pero es capaz de hacerlo 3 movimientos cambiantes o extraños frecuentes de piernas/brazos 5 incapaces de quedarse quietos durante más de unos segundos				
<b>Tamaño de la pupila:</b> 0 pupilas fijadas o de tamaño normal para la luz de la habitación 1 pupilas posiblemente más grandes de lo normal para la luz de la habitación 2 pupilas moderadamente dilatadas 5 pupilas tan dilatadas que solo se ve el rm del iris				
<b>Dolores óseos o articulares (sin incluir los dolores articulares existentes):</b> 0 no presente 1 molestia difusa leve 2 pacientes informan dolor difuso severo de articulaciones / músculos 4 pacientes se frotan las articulaciones / músculos y no pueden quedarse quietos debido a la incomodidad				
<b>Secreción nasal o lagrimeo (no relacionado con URTI o alergias):</b> 0 no presente 1 congestión nasal u ojos inusualmente húmedos 2 nariz corriendo o rasgándose 4 nariz corriendo constantemente o lágrimas corriendo por las mejillas				
<b>Malestar gastrointestinal (en los últimos 30 minutos):</b> 0 sin síntomas gastrointestinales 1 calambres estomacales 2 náuseas o heces blandas 3 vómitos o diarrea 5 episodios múltiples de vómitos o diarrea				
<b>Temblor (observe las manos extendidas):</b> 0 sin temblor Se puede sentir 1 temblor, pero no se observa				

2 temblores leves observables 4 temblores gruesos o espasmos musculares				
<b>Bostezo (observar durante la evaluación):</b> 0 sin bostezos 1 bostezar una o dos veces durante la evaluación 2 bostezos tres o más veces durante la evaluación 4 bostezando varias veces/minuto				
<b>Ansiedad o irritabilidad</b> 0 ninguno 1 paciente informa aumento de la irritabilidad o ansiedad 2 pacientes obviamente irritables o ansiosos 4 Paciente tan irritable o ansioso que la participación en la evaluación es difícil				
<b>Piel de carne de ganso</b> 0 la piel es lisa Se pueden sentir 3 piloerecciones (piel de gallina) de la piel o pelos de pie en los brazos 5 piloerecciones prominentes				
<b>INTERPRETACIÓN DE LA PARTITURA:</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL</b>
5-12 = LEVEL 25-36 = MODERADAMENTE GRAVE				
13-24 = MODERADO >36 ABSTINENCIA GRAVE				
	<b>INITIALS</b>	<b>INITIALS</b>	<b>INITIALS</b>	<b>INITIALS</b>

### Inventario de Depresión de Beck

El inventario de depresión puede ser autocalificado. La escala de puntuación se encuentra al final del cuestionario.

		(puntuación)
1.	0. No me siento triste 1. Me siento triste 2. Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de ella 3. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo	
2.	0. No estoy particularmente desanimado sobre el futuro 1. Me siento desanimado por el futuro 2. Siento que no tengo nada que esperar 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar	
3.	0. No me siento como un fracaso 1. Siento que he fallado más que la persona promedio 2. Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos 3. Siento que soy un completo fracaso como persona	
4.	0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo 1. No disfruto de las cosas como solía hacerlo 2. Ya no obtengo satisfacción real de nada 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo	
5.	0. No me siento particularmente culpable 1. Me siento culpable buena parte del tiempo 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo 3. Me siento culpable todo el tiempo	
6.	0. No siento que estoy siendo castigado 1. Siento que puedo ser castigado 2. Espero ser castigado 3. Siento que estoy siendo castigado	
7.	0. No me siento decepcionado de mí mismo 1. Estoy decepcionado de mí mismo 2. Estoy disgustado conmigo mismo 3. Me odio a mí mismo	
8.	0. No siento que soy peor que nadie 1. Soy crítico conmigo mismo por mis debilidades o errores 2. Me culpo a mí mismo todo el tiempo por mis faltas 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede	
9.	0. No tengo ningún pensamiento de suicidarme 1. Tengo pensamientos de suicidarme, pero no los llevaría a cabo 2. Me gustaría suicidarme 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad	
10.	0. No lloro más de lo habitual 1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo 2. Lloro todo el tiempo ahora 3. Solía ser capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera	
11.	0. No estoy más irritado por las cosas que nunca	

	1. Estoy un poco más irritado ahora de lo habitual 2. Estoy bastante molesto o irritado una buena cantidad de tiempo 3. Me siento irritado todo el tiempo	
12.	0. No he perdido el interés en otras personas 1. Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar 2. He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas 3. He perdido todo mi interés en otras personas	
13.	0. Tomo decisiones tan bien como podría hacerlo 1. Pospuse la toma de decisiones más de lo que solía hacerlo 2. Tengo más dificultades para tomar decisiones de lo que solía hacerlo 3. Ya no puedo tomar decisiones en absoluto	
14.	0. No siento que me vea peor de lo que solía hacerlo 1. Me preocupa que me vea viejo o poco atractivo 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer poco atractiva 3. Creo que me veo feo	
15.	0. Puedo trabajar tan bien como antes 1. Se necesita un esfuerzo adicional para comenzar a hacer algo 2. Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa 3. No puedo hacer ningún trabajo en absoluto	
16.	0. Puedo dormir tan bien como de costumbre 1. No duermo tan bien como solía hacerlo 2. Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir 3. Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir	
17.	0. No me canso más de lo habitual 1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo 2. Me canso de hacer casi cualquier cosa 3. Estoy demasiado cansado para hacer algo	
18.	0. Mi apetito no es peor de lo habitual 1. Mi apetito no es tan bueno como solía ser 2. Mi apetito está mucho peor ahora 3. Ya no tengo apetito en absoluto	
19.	0. No he perdido mucho peso, si es que he perdido alguno, últimamente 1. He perdido más de cinco libras 2. He perdido más de diez libras 3. He perdido más de quince libras	
20.	0. No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, dolores, malestar estomacal o estreñimiento 2. Estoy muy preocupado por los problemas físicos, y es difícil pensar en mucho más 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa	
21.	0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés en el sexo 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar 2. Casi no tengo interés en el sexo 3. He perdido el interés en el sexo por completo	

### **Interpretación del Inventario de Depresión de Beck**

Ahora que ha completado el cuestionario, sume la puntuación de cada una de las veintiuna preguntas contando el número a la derecha de cada pregunta que marcó. El total más alto posible para toda la prueba sería de sesenta y tres. Esto significaría que rodeó el número tres en las veintiuna preguntas. Dado que el puntaje más bajo posible para cada pregunta es cero, el puntaje más bajo posible para la prueba sería cero. Esto significaría que usted rodea cero en cada pregunta. Puede evaluar su depresión de acuerdo con la tabla a continuación.

Puntuación total \_\_\_\_\_

Utilice la guía a continuación para ver el rango que se corresponde con su puntuación total.

1-10 \_\_\_\_\_

11- 16 \_\_\_\_\_

17-20 \_\_\_\_\_

21-30 \_\_\_\_\_

31- 40 \_\_\_\_\_

Mayores de 40 \_\_\_\_\_