

Fundación del Servicio de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social de Dorset

IMPRESO DE DERIVACIÓN para Mejorar el Acceso a las terapias psicológicas (IAPT)

Le rogamos que conteste las siguientes preguntas con el fin de que obtengamos suficiente información acerca de su situación y como se siente para que pueda adquirir la ayuda apropiada desde un principio. Después de que hayamos recibido su impreso relleno nos comunicaremos con usted lo antes posible.

Nombre: (Sr./Sra./Srta.)	Fecha de Nacimiento:	Número del Servicio de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (NHS no): <i>(Esta referencia la consigue de su Centro Médico)</i>
Dirección y código postal:	Nombre de su medico general registrado y el Centro médico:	
Número de teléfono en el día: ¿Podemos dejar un mensaje? Sí / No	Por favor incluya datos de cualquier medicamento que este tomando:	
Dirección de su correo electrónico:	Por favor escriba cualquier información con referencia problemas de salud físicas o discapacidades que tenga:	
¿Puede hablar, leer y escribir en inglés? Sí / No Si su respuesta es "no", ¿en que idioma prefiere comunicarse?		
Por favor describa específicamente de que manera quiere que le ayudemos: <i>(si es necesario continúe escribiendo en otra hoja)</i>		

PHQ-9 – ¿En las últimas 2 semanas, ha tenido algunos de los siguientes síntomas? <i>(Dibuje un círculo para señalar su respuesta)</i>	Para nada	Durante varios días	Más de la 1/2 de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o agrado para hacer cosas	0	1	2	3
2. Estar con bajos ánimos, deprimido/a desesperado/a	0	1	2	3
3. Dificultades al caerse, o con el sueño, o al dormir demasiado/a	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comer demasiado	0	1	2	3
6. Sentirse mal de alguna manera (con referencia a usted mismo)	0	1	2	3
7. Dificultades con la concentración	0	1	2	3
8. Se mueve o habla tan despacio que otras personas se dan cuenta, o a lo contrario, estar muy inquieto/a y hacer las cosas de manera rápida	0	1	2	3
9. Tener pensamientos de que es mejor que muera o de auto lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
				<i>(de 27)</i>

GAD-7 – ¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido de alguna de las siguientes maneras? <i>(Indique con un círculo su respuesta)</i>	Para nada	Durante varios días	Más de la 1/2 de los días	Casi todos los días
1. Nervioso/a, con ansiedad o con los nervios en punta	0	1	2	3
2. Sin dejar de preocuparse o controlarse	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado acerca de diferentes cosas	0	1	2	3
4. Le cuesta relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que le resulta difícil quedarse quieto/a (cuando esta sentado/a)	0	1	2	3
6. Enojarse o estar irritable fácilmente	0	1	2	3
7. Tener miedo hasta el punto de pensar que algo terrible vaya a ocurrir	0	1	2	3
				<i>(de 21)</i>

Escala de fobias – escoja un número de la escala más abajo para indicar hasta que punto evita las situaciones u objetos incluidos en la lista. Luego escriba el número en la casilla en frente de la situación.



1. Situaciones a nivel social a raíz del temor de pasar vergüenza o hacer el ridículo

2. Situaciones debido al temor de tener un ataque de pánico u otros síntomas angustiantes (por ejemplo: mantener el control de la vejiga, vomitar)
3. Situaciones a raíz de un temor a ciertos objetos o actividades (por ejemplo a animales, alturas, conducir o volar)

ESCALA DEL CAMBIO LABORAL Y SOCIAL

A veces nuestros problemas afectan nuestra capacidad para realizar ciertas actividades y tareas en nuestras vidas. Con el fin de clasificar sus problemas lea cada sección e indique (por medio de un círculo) hasta que punto el problema que tiene impide su capacidad en llevar a cabo la actividad.

1. **TRABAJO** – Si se ha jubilado o no tiene empleo porque no quiere tenerlo, por razones no relacionadas a su problema, marque N/A.



N/A

2. **MANEJO DE TAREAS DOMÉSTICAS** – Limpieza, aseo, hacer las compras, cocinar, cuidar la casa/los niños, pagar cuentas etcétera.



3. **ACTIVIDADES DE TIPO SOCIAL Y DE TIEMPO LIBRE** – Con otras personas, por ejemplo fiestas, bares, excursiones etcétera.



Total
W&SAS
puntaje

4. **ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE, PARTICULARES** – Realizadas a solas, por ejemplo leer, hacer el jardín, coser, aficiones, andar etcétera.



5. **FAMILIA Y RELACIONES** – Formar o mantener relaciones íntimas con otras personas, incluyendo aquellas personas con quien vivo.



Con el fin de asegurar que el Servicio se alcance y se facilite a todas las secciones de la comunidad se requiere la siguiente información demográfica

Preguntas sobre la Condición Laboral – circule cada pregunta, Y = sí o N = no, para mejor describir su situación actual:			
Trabajo de tiempo completo (30 horas o más por semana)	Y/N	Retirado	Y/N
Trabajo de tiempo parcial	Y/N	Ama de casa o Cuidador	Y/N
Desempleado	Y/N	Recibe Incapacidad Laboral Transitoria	Y/N
Estudiante de tiempo completo	Y/N	Recibe prestaciones/subsidios, Complemento y Apoyo Económico, Subsidio a favor de Discapacitados en su vida cotidiana	Y/N

Preguntas acerca de su Estado Civil – Marque la casilla apropiada para indicar su situación actual:			
Soltero/a		Cohabitación	
Casado/a / Asociación civil		Ha quedado viudo/a	
Divorciado/a / Asociación civil disuelta			

Sexualidad (Por favor haga un círculo)	Heterosexual	Lesbiana o Gay	Bi-sexual	Otro	No está dispuesto/a revelar
---	--------------	----------------	-----------	------	-----------------------------

Identidad Nacional (Dibuje un círculo)	Inglés	Escocés	Gales	Irlandés	Británico	Otro
---	--------	---------	-------	----------	-----------	------

Categoría Étnica (Trazar un círculo)			
Británico/a Blanco/a	Irlandés/a Blanco/a	De Otro Origen Blanco	
Negro/a o Caribeño/a Británico/a Negro/a	Negro/a o Africano/a Británico/a Negro	De Otro Origen Negro	
Mestizo/a Caribeño/a Blanco(a)/Negro(a)	Mestizo/a Africano/a Blanco(a)/Negro(a)	Mestizo/a Asiático/a Blanco(a)/Negro(a)	De Otro Origen Mestizo
Indio/a Asiático/a	Pakistaní Asiático/a	Bangladeshí Asiático/a	De Otro Origen Asiático
Chino/a	De Otro Grupo Étnico		No está dispuesto revelar

Religión – Escriba su religión aquí	o dibuje un círculo alrededor de Ninguna / Prefiero no revelar
--	--

ASEGÚRESE QUE HA RELLENADO TODAS LAS SECCIONES Y ENVÍE EL IMPRESO POR CORREO ELECTRÓNICO O POR CORREO A:

e-mail address: admin-sedorsetpcmhteam@dhft.nhs.uk
 South & East Dorset Primary Care Mental Health Team
 Dorset HealthCare NHS Foundation Trust
 Oakley Bungalow, 15 Oakley Lane, Canford Magna, Wimborne, Dorset BH21 1SF
 Telephone: 01202 843400