

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**# ID del Paciente:** \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO/A:	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA DE HOY:	
Dirección para recibir correo:	Ciudad:	Estado/Zip:	
Número de Seguro Social: Correo electrónico:	Teléfono:	Edad:	
Nombre de la Madre:  Miembros Actuales viviendo en el Hogar del Niño:	Nombre del Padre:	<b>Uso de tabaco y fumar:</b> <input type="checkbox"/> Nunca ha Fumado <input type="checkbox"/> Fuma Poco Todos los Días <input type="checkbox"/> Fuma Todos los Días <input type="checkbox"/> Fuma Mucho Todos los Días <input type="checkbox"/> Tabaco Sin Fumo (vaping, e-cigarettes, masticar) <input type="checkbox"/> Fumaba Anteriormente  <b>Apoyo financiero para la Familia:</b> <input type="checkbox"/> Estampillas de Comida <input type="checkbox"/> Programa Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF)  <b>Estatus del Hogar:</b> <input type="checkbox"/> Casa Permanente <input type="checkbox"/> Viviendo con otros temporalmente (varias familias en un hogar) <input type="checkbox"/> Sin hogar – viviendo en la calle <input type="checkbox"/> Refugio / Albergue <input type="checkbox"/> Vivienda transitoria <input type="checkbox"/> Vivienda Institucional <input type="checkbox"/> Otro: _____  <b>¿Cuánto tiempo ha vivido en su situación actual de vivienda?</b> <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 6 meses – 1 año <input type="checkbox"/> 1 año – 2 años <input type="checkbox"/> Mas de 2 años <input type="checkbox"/> Otro: _____  <b>Participación en la libertad condicional (probation):</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>Niño actualmente empleado:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Horas por semana: _____ Tipo del empleo: _____	
¿Está el niño en cuidado temporal (foster care)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del padre temporal: _____ ¿El niño está tutelados por el Estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del Administrador de Casos: _____	<b>Preferencia de idioma:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____  <b>Habla con Fluidez el Inglés:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Blanca / Caucasia <input type="checkbox"/> Negra / Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Nativo de otra isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Amerindia o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiática <input type="checkbox"/> Otra raza  <b>Etnia:</b> <input type="checkbox"/> ¿No es de origen español, latino, o hispano? (Blanco, Indio Americano, Nativo de Alaska) <input type="checkbox"/> Otro origen español, latino de América central / Sur América <input type="checkbox"/> Latino sin saber el origen <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Cubano  <b>Impedimentos/Discapacidades:</b> <input type="checkbox"/> Discapacidad del Aprendizaje o Leer <input type="checkbox"/> Dificultades en la comunicación <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual o con el desarrollo con discapacidad auditiva <input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> Ciego <input type="checkbox"/> Discapacidad neurológica <input type="checkbox"/> No-ambulatorios <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática <input type="checkbox"/> Otra discapacidad física o médica <input type="checkbox"/> Problemas con los exámenes administrados por la escuela <input type="checkbox"/> Problemas con el "Programa Educativo Individualizado" en la escuela		<b>Biológica (al nacer) Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino  <b>Orientación Sexual:</b> <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, homosexual <input type="checkbox"/> Straight o heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No se Sabe <input type="checkbox"/> Prefiero no Contestar  <b>Identidad de Género:</b> <input type="checkbox"/> Se Identifica como Hombre <input type="checkbox"/> Se Identifica como Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero Hombre / Mujer/Mujer-a-Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero / Mujer / Hombre-a-Mujer <input type="checkbox"/> Inconformidad de género (ni exclusivamente masculino ni femenino) <input type="checkbox"/> Prefiero no Contestar <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional / Otro: _____  <b>Escuela del Niño:</b> _____ _____  <b>Grado del niño:</b> _____  <b>Rendimiento escolar:</b> <input type="checkbox"/> Fuerte <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Necesita Mejorar Temas Escolares Preferidas: _____ _____  <b>Fortalezas del niño:</b> _____ _____  <b>Pasatiempos del niño:</b> _____ _____
<b>HISTORIA DE ESCALONES DE DESARROLLO:</b>			
¿Fueron normales el embarazo y el parto de su hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      ¿Su hijo recibió servicios "Primeros Pasos"? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Su hijo tomó sus primeros pasos a los 18 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      ¿Su hijo habló oraciones simples antes de los 3 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Su hijo hace las tareas apropiadas para la edad con regularidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Su hijo mantiene amistades con niños de la misma edad fácilmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se ha identificado que su hijo tiene discapacidades de aprendizaje u otros retrasos en el desarrollo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

**Instrucciones** (para el padre o tutor del niño): Las preguntas a continuación son acerca de las cosas que podrían haber molestado a su child. Para cada pregunta, circule el número que mejor describa la cantidad (o la frecuencia) con la que su hijo se ha molestado por cada problema durante las últimas dos (2) semanas pasadas.

**PARA JÓVENES DE 6 A 17 AÑOS**

	Durante las ultimas <b>DOS (2) SEMANAS</b> , que tanto (o con cual frecuencia) su hijo ha...	Nada Para Nada	Escaso Raro, menos de un día	Poco Unos cuantos días	Moderado Más que la mitad de los días	Severo Casi todos los días	Numero Mas Altos Entre Todos (clínico)
I.	1. ¿Se ha quejado de dolores del estómago, dolor de cabeza o otros dolores?	0	1	2	3	4	
	2. ¿Ha dicho que esta preocupado/a de su salud o de enfermarse?	0	1	2	3	4	
II.	3. ¿Ha tenido problemas durmiendo – como dificultades para dormirse, quedándose dormido/a, o despertando demasiado temprano?	0	1	2	3	4	
III.	4. ¿Ha tenido problemas poniendo atención cuando el/ella estaba en clase o haciendo su tarea o leyendo un libro o jugando un juego?	0	1	2	3	4	
IV.	5. ¿Se divirtió menos haciendo cosas que solía hacer?	0	1	2	3	4	
	6. ¿Parecía triste o deprimido durante varias horas?	0	1	2	3	4	
V. & VI.	7. ¿Parecía más irritado o fácilmente molesto de lo habitual?	0	1	2	3	4	
	8. ¿Parecía enojado o tenido mal carácter?	0	1	2	3	4	
VII.	9. ¿Empezó muchos proyectos de lo habitual o a hecho cosas más arriesgadas de lo habitual?	0	1	2	3	4	
	10. ¿Dormir menos de lo habitual para él / ella, pero todavía tenía mucha energía?	0	1	2	3	4	
VIII.	11. ¿Ha dicho que se sentía nervioso, ansioso o asustado?	0	1	2	3	4	
	12. ¿No puede dejar de preocuparse?	0	1	2	3	4	
	13. ¿Dijo que no podía hacer cosas que quería o debería haber hecho, porque le hicieron sentir nervioso?	0	1	2	3	4	
IX.	14. ¿Ha dicho que el/ella escucho voces- cuando nadie estaba ahí- hablando de el/ella o diciéndole que hacer o diciéndole cosas malas a el/ella?	0	1	2	3	4	
	15. ¿Ha dicho que tuvo una visión cuando el/ella estaba completamente despertó/a- es decir, vio algo o a alguien que nadie mas podía ver?	0	1	2	3	4	
X.	16. ¿Ha dicho que el/ella tiene pensamientos que siguen presentándose a su mente que el/ella haría algo malo o que algo malo le pasaría a el/ella o a alguien más?	0	1	2	3	4	
	17. ¿Ha dicho que el/ella necesita checar ciertas cosas una y otra vez, por ejemplo si la puerta tiene candado o si la estufa estaba apagada?	0	1	2	3	4	
	18. ¿Se ha preocupado mucho que las cosas que el/ella ha tocado están sucias o que tienen bacteria o tienen veneno?	0	1	2	3	4	
	19. ¿Ha dicho que el/ella tienen que hacer cosas de una manera, como contar o decir ciertas cosas en voz alta, para prevenir algo malo que pase?	0	1	2	3	4	
	Durante las ultimas <b>DOS (2) SEMANAS</b> su hijo ha...						

**Nombre:**
**# ID del Paciente:**

XI.	20. ¿Ha tomado una bebida alcohólica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Se	
	21. ¿Ha fumado un cigarro, una pipa, o a masticado el tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Se	
	22. ¿Ha usado drogas como marihuana, cocaína, drogas de los antros como éxtasis, alucinógenos, heroína, drogas que se respiran como el Resistol, o metanfetamina?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Se	
	23. ¿Utiliza cualquier medicamento sin receta médica (por ejemplo, analgésicos [como Vicodin], estimulantes [como Ritalin o Adderall], sedantes o tranquilizantes [como pastillas para dormir o Valium])?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Se	
XII.	24. Durante las últimas <b>DOS (2) SEMANAS</b> su hijo ha platicado de querer matarse o suicidarse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Se	
	25. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Se	

Derechos de autor © 2013 Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido sin permiso por investigadores y por médicos para su uso con sus pacientes.

<b>HISTORIA DE USO DE DROGAS</b>	No Aplica <input type="checkbox"/>	Cómo se toma:	Con qué frecuencia:	Edad al uso por 1ra vez:	Fecha de último uso:
----------------------------------	------------------------------------	---------------	---------------------	--------------------------	----------------------

<input type="checkbox"/> Alcohol				
<input type="checkbox"/> Marijuana				
<input type="checkbox"/> Metanfetamina				
<input type="checkbox"/> Cocaína				
<input type="checkbox"/> Opiato/Heroína				
<input type="checkbox"/> Benzodiazepina				
<input type="checkbox"/> Otro:				
¿Alguna vez has tenido dificultades con el alcohol u otras drogas?				S      N
¿Hay alguien en tu familia actualmente tiene dificultad con el alcohol u otras drogas?				S      N
¿Alguna vez has usado drogas usando una aguja intravenosa?				S      N
¿Estás embarazada?				S      N

**Antecedentes de problemas de uso de drogas (últimos 12 meses; marque los que correspondan):**

<input type="checkbox"/> Intento de parar el uso han fallado	<input type="checkbox"/> Apagones de memoria	<input type="checkbox"/> Pérdida de la Consciencia	<input type="checkbox"/> Temblor de Cuerpo
<input type="checkbox"/> Uso en la mañana	<input type="checkbox"/> Perturbación de Percepción	<input type="checkbox"/> Alucinación	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Remordimiento por el uso exceso	<input type="checkbox"/> Problemas Legales	<input type="checkbox"/> Encarcelación	<input type="checkbox"/> Problemas Financieros
<input type="checkbox"/> Lo/La Critican por Uso de Drogas Exceso	<input type="checkbox"/> Pierde el Trabajo	<input type="checkbox"/> Problemas Médicos	<input type="checkbox"/> Daño Físico
<input type="checkbox"/> Problemas con Responsabilidades en Casa	<input type="checkbox"/> Peleas o Discusiones	<input type="checkbox"/> Comparte Agujas	<input type="checkbox"/> Problemas con La Familia / Amigos

Si está en recuperación, cuál es el período más largo (número de días) de sobriedad en los últimos seis meses: \_\_\_\_\_

 ¿Ha asistido a los programas de Alcohólicos Anónimos AA Programa de 12 pasos?  Sí  No Número de Reuniones AA/NA Atendidas en los últimos 30 días: \_\_\_\_\_

**Preguntas de la salud y la vida**

 ¿Tiene una **Declaración de Voluntad Anticipada o Poder de Representación Legal Para la Atención Médica** que se encargue de sus necesidades médicas? Sí  No 
**Preguntas de dolor: ¿Actualmente tienes dolor o molestias físicas?** Sí  No  En caso que si, ¿ubicación del dolor?

Clasificación del dolor: (0 sin dolor, 10-lo más peor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10      ¿Cuándo comenzó el dolor? \_\_\_\_\_

¿Qué ayuda a aliviar el dolor? \_\_\_\_\_      ¿Qué empeora tu dolor? \_\_\_\_\_

**Preguntas de tuberculosis: Marque cualquiera de los siguientes síntomas que está sintiendo:**

- Sudor de Noche    Dolor del Pecho    Apariencia Mala del esputo  
 Sangre cuando tose    Tos que no se va    Fiebre /Resfriado

 ¿Alguna vez te han dicho que tienes Tuberculosis (TB)?  Sí  No 
**Preguntas de nutrición: Por favor, marque cualquiera de los siguientes que se aplican:**

- ¿Come menos de 3-4 porciones de productos de frutas/vegetales y 2 productos de leche al día?      Sí  No   
 Tiene un apetito deficiente, o disminuyo en el consumo de alimentos      Sí  No   
 ¿Tiene alergias alimentarias?      Sí  No   
 ¿Has estado sintiendo náuseas/vómitos recientemente?      Sí  No

**Nombre:**

**# ID del Paciente:**

¿Te han hecho una prueba de piel con tuberculosis positiva? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene estreñimiento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tienes diarrea? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Has estado expuesto recientemente a la tuberculosis? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Te has atracado o inducido a vomitar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pérdida de peso experimentada o aumento de 10 libras o más en los últimos 3 meses? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Te han hecho una radiografía que no fue normal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Has recibido tratamiento para la tuberculosis? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

¿Tiene alguna necesidad de tratamiento, específico a tu género que su proveedor debe tener en cuenta? \_\_\_\_\_

¿Hay algún problema cultural, étnico o religioso/espiritual que su terapeuta deba tener en cuenta? \_\_\_\_\_

¿Tiene una comunidad que comparte sus creencias religiosas/espirituales?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿su comunidad es importante para usted  Sí  No

En caso afirmativo, ¿su comunidad es un apoyo positivo para usted?  Sí  No Mas o Menos

Miembros en el hogar: Nombre	Relación	Edad	Ocupación

**INFORMACIÓN MÉDICA:**

Medicamentos actuales	Dosis	Frecuencia	Por qué se prescribe la medicación	Proveedor de prescripción

Alergias a medicamentos/vacunas	Reacción(irritación del pañal, shock, etc.)

¿Tiene un proveedor de atención primaria (Medicina Familiar, Medicina Interna o Pediatra)? Sí  No

Nombre del proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido los siguientes exámenes en el último año):

Examen Físico: Sí  No       Examen Dental: Sí  No       Examen Visual: Sí  No       Examen auditivo: Sí  No

¿Su hijo recibe cuidado regular de bien estar con un médico de atención primaria?      Sí  No

¿Están actualizadas las vacunas de su hijo?      Sí  No

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_ Número del doctor: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen dental \_\_\_\_\_ Número del dentista: \_\_\_\_\_

Si es mujer, ¿estás embarazada?      Sí  No       En caso afirmativo, ¿quién es el proveedor de atención prenatal? \_\_\_\_\_

**Si no se ha realizado un examen físico en el último año, por favor haga una cita con su proveedor de atención primaria. Si necesita ayuda para localizar a un proveedor médico, avísele a alguien en nuestra oficina de esta necesidad.**

¿Le gustaría hablar con alguien acerca de los servicios de atención primaria en A&C?      Sí  No

Historia Médica	Uno Mismo	El lado de la madre	El lado del padre	Comentarios
Síndrome de falta de Atención /ADHD				
SIDA/VIH				
Abuso/Violencia Doméstica				

**Nombre:**

**# ID del Paciente:**

Alergias/ Fiebre del Heno				
Enfermedad de Alzheimer				
Anemia				
Complicación de la anestesia				
Trastorno de ansiedad				
Artritis				
Asma				
Trastorno del espectro autista				
Trastorno bipolar				
Problema de vejiga o riñón				
Enfermedades de la sangre				
Lesión cerebral				
Varicela / Tejas				
Estreñimiento				
Depresión				
Trastorno del desarrollo o del comportamiento				
Demencia				
Trastorno depresivo				
Diabetes				
Dificultad para tragar				
Trastorno del sistema nervioso				
Problemas auditivos o auditivos				
Trastorno alimenticio				
Eczema				
Epilepsia				
<b>Historia Médica</b>	<b>Uno Mismo</b>	<b>El lado de la madre</b>	<b>El lado del padre</b>	<b>Comentarios</b>
Reflujo Ácido				
Problemas con IG				
Dolores de cabeza / Migrañas				
Hepatitis				
Colesterol alto				
Enfermedad renal/piedras renales				
Trastorno del aprendizaje				
Exposición al SARM				
Obesidad				
Trastorno de pánico				
Enfermedades reumáticas / Autoinmunes				

**Nombre:**

**# ID del Paciente:**

Esquizofrenia				
Convulsiones/Epilepsia				
Abuso sexual				
Problemas de la piel				
Trastorno del sueño				
Problemas de enfermedad tiroidea/tiroideo				
Síndrome de Tourette				
Tuberculosis				
Problemas visuales o de visión				

HISTORIA QUIRÚRGICA PERSONAL				
Cirugía	Si	No	Fecha	Comentarios
Cirugía de Adenoides				
Apéndice extirpado (Andicectomía)				
Cirugía de otonóculo / tubos de oído				
Cirugía Ortopédica				
Amigdalectomía				
Colocación de derivación Ventrículo Peritoneal				
Otra Cirugía				

HÁBITOS DE SALUD	
<b>Actividad Sexual</b> <b>No Estoy / Está Sexualmente Activo/a</b> Método anticonceptivo utilizado actualmente: _____ Ha tenido relaciones sexuales con: <b>Hombres / Mujeres/Ambos (circule uno)</b>	
<b>Ejercicio</b> <input type="checkbox"/> Activo al menos 3 veces a la semana <input type="checkbox"/> Activo al menos 1-2 veces a la semana <input type="checkbox"/> Sedativo (muy poca actividad)	
Actividades que hago: _____ Cosas que hacen el ejercicio difícil para mi: _____	

HISTORIA DE ABUSE/TRAUMA: NO APLICA <input type="checkbox"/>	
Abuso Actual <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Explotación <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Abandono Abuso del Pasado: <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Explotación <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Abandono	

Mientras crecías, durante tus primeros 18 años de vida:	
1. ¿Un padre u otro adulto en el hogar <b>a menudo</b> ... ¿Decía groserías, te insultaba, te ofendía o te humillaba? <input type="radio"/> ¿Actuaba en una manera que te hacía tener miedo que te pudiera herir físicamente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Un padre u otro adulto en el hogar <b>a menudo</b> ... ¿Te empujaba, agarraba, pegaba o te lanzo algo a ti? <input type="radio"/> ¿ <b>Alguna vez</b> te golpeó tan fuerte que tenías marcas o te hirieron?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Un adulto o persona al menos 5 años mas mayor que tu... ¿Te toco o acaricio o han tocado tu cuerpo de una manera sexual? <input type="radio"/> ¿Tratan o han tratado de tener sexo oral, anal o vaginal contigo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿A <b>menudo</b> sentiste que ...	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**Nombre:**

**# ID del Paciente:**

¿Nadie en tu familia te amaba o pensaba que eras importante o especial? <b>O</b> ¿Tu familia no se cuida el uno al otro o se apoyaste mutuamente?		
5. ¿A menudo sentiste que ... ¿No tenías suficiente para comer, tenías que usar ropa sucia y no tenías a nadie que te protegiera? <b>O</b> ¿Tus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarte o llevarte al médico si lo necesitabas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
6. ¿Tus padres se separaron o se divorciaron alguna vez?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
7. Tu madre/ padre o madrastra / padrastro: <b>A menudo es</b> empujado/a, agarrado/a, abofeteado/a, o han tenido objetos lanzado a ella/el? <b>¿O a veces o a menudo la/lo</b> patean, muerden, golpean con un puño o golpeado con algo duro? <b>¿O alguna vez lo/la han</b> golpeó repetidamente durante al menos unos minutos o lo/la han amenazó con un arma o un cuchillo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
8. ¿Has vivido con alguien que fuera un bebedor problemático o alcohólico o que usara drogas callejeras?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
9. ¿Has vivido con un miembro del hogar que está o ha estado deprimido o mentalmente enfermo o un en algún momento un miembro del hogar intentó suicidarse?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
10. ¿Un miembro del hogar ha ido a prisión/ la cárcel?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Total de puntuaciones "Sí":</b>		_____

<b>FIRMA DEL PACIENTE/CUIDADOR:</b>	
Verificó que he respondido a las preguntas anteriores lo mejor que puedo con mi conocimiento:	
Fecha de firma del paciente	Si corresponde, fecha de firma del tutor
<b>RESEÑA DE HISTORIA:</b>	
Comentarios clínicos:	
Fecha de firma del clínico	Fecha de firma del registrador