

# Cuestionario de Estrés del Paciente\*

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

Día: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Durante las últimas dos (2) semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a los siguientes problemas? (por favor, circule sus respuestas y haga una marca en los cuadros que apliquen a usted)

	Nunca	Varios días	Durante 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 desanimado/a, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3	
3. <input type="checkbox"/> Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, <input type="checkbox"/> o dormir demasiado	0	1	2	3	
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3	
5. <input type="checkbox"/> Poco apetito o <input type="checkbox"/> comiendo en exceso	0	1	2	3	
6. Sentirse mal acerca de sí mismo/a - o sentir que es un/a fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3	
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3	
8. <input type="checkbox"/> ¿Moverse o hablar tan despacio que puede que otras personas se hayan dado cuenta <input type="checkbox"/> O lo opuesto — estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3	
9. <input type="checkbox"/> Tiene pensamientos de que sería mejor estar muerto/a <input type="checkbox"/> que quisiera lastimarse de alguna forma	0	1	2	3	<b>Total</b>
(10)	Sume:				

1. Sentirse nervioso/a, ansioso/a, o con los nervios de punta	0	1	2	3	
2. No poder dejar o controlar la preocupación	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/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3	
8. Molestarse o irritarse fácilmente	0	1	2	3	
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera ocurrir	0	1	2	3	<b>Total</b>
(8)	Sume:				

\*adapted from PhQ 9, GAD7, PC-PTSD and AUDIT 1/24/11

Provider  
Signature: \_\_\_\_\_

Favor de continuar en la parte de atrás de esta página →

¿Está usted sintiendo dolor físico en estos momentos?	No	Si
---	----	----

Alguna vez en su vida ha tenido experiencias tan aterradoras, horribles o perturbadoras que haya provocado que en el último mes usted haya experimentado lo siguiente:

1. ¿Haya tenido pesadillas o pensamientos sobre estas experiencias aun cuando no	No	Si
2. ¿Ha intentado no pensar en esto o evita situaciones que le recuerdan este evento?	No	Si
3. ¿Esta constantemente vigilante, en guardia o se sobresalta con facilidad?	No	Si
4. ¿Se ha sentido insensible o distanciado de otras personas, actividades o su entorno?	No	Si

(3)



Ingerir alcohol puede afectar su salud. Esto es especialmente importante si toma cierto tipo de medicamento. Queremos ayudarlo o ayudarla a estar saludable y reducir el riesgo de problemas causados por tomar alcohol. Las siguientes preguntas están relacionadas a su consumo de alcohol.

Para ayudarlo a contestar las preguntas correctamente, utilice los dibujos en la parte de debajo de esta hoja para determinar las cantidades de alcohol.

**Favor de circular su respuesta**

	0	1	2	3	4
¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
¿Cuantas bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 a 9	10 o más
¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
¿Con que frecuencia durante el último año ...					
...Ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
...no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
...Ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
...ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
...no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
		0	2		4
¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No	Sí, pero no en el curso del último año	Sí, el último año		
¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de salud ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No	Sí, pero no en el curso del último año	Sí, el último año		

**Cantidad estándar para un trago:**

- 12 onzas de cerveza o vino frío
- 1.5 onzas de licor 80 grados prueba
- 5 onzas de vino
- 4 onzas de brandy, licor o cordial



**Total:**

