

Behavioral Health and Substance Abuse Screening
Evaluación de Salud de Comportamiento y Abuso de Sustancias

Midtown Health Center
302 W Phillip Ave
Norfolk, NE 68701
(402) 371-8000 • FAX: (402) 371-0971

Please complete the following form in details when required and attach any additional sheets, if necessary. The following information is confidential under the Federal Rights to Privacy Acts. / *Favor de llenar la siguiente forma con detalles cuando sea necesario y adjunte hojas adicionales si es necesario. La siguiente información es confidencial bajo los Derechos Federales de Hechos Privados.*

Appointment Date / *Fecha de Cita*: _____

Patient Information / Información del Paciente:

Name / *Nombre*: _____ Date of Birth / *Fecha de Nacimiento*: _____

Address / *Dirección*: _____ Social Security Number / *Seguro Social*: _____

City, State, Zip / *Ciudad, Estado, Código Postal*: _____ Sex / *Sexo*: M F

Home Phone / *Número de Casa*: _____

Work Phone / *Teléfono de Trabajo*: _____ Cell Phone / *Número de Celular*: _____

Emergency Phone / *Numero de Emergencia*: _____ Education / *Educación*: _____

Marital Status / *Estado Marital*: Married / *Casado* Single / *Soltero* Divorced / *Divorciado* Widowed / *Viudo*

Race / *Raza*: _____ Religion / *Religion*: _____ Occupation / *Ocupación*: _____

Describe the nature of your work or how you spend your time, and explain if you are satisfied / *Describe la naturaleza de su trabajo o como es que se pasa su tiempo, y explique si esta satisfecho/a?* _____

Disability / *Desabilidad*: _____

Does anyone else live with you / *Vive usted con alguien más?* No / *No* Yes, please fill out below / *Si, favor indicar abajo:*

Name / <i>Nombre</i>	Relationship / <i>Relación</i>	Age / <i>Edad</i>	Education / <i>Educación</i>	Occupation / <i>Ocupación</i>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Family History / Historia Familiar:

Father's Name / *Nombre del Padre*: _____ Age / *Edad*: _____

Health Status / *Estado de Salud*: _____

Marital Status / *Estado Marital*: Married / *Casado* Single / *Soltero* Divorced / *Divorciado* Widowed / *Viudo*

Mother's Name / *Nombre de la Madre*: _____ Age / *Edad*: _____

Health Status / *Estado de Salud*: _____

Marital Status / *Estado Marital*: Married / *Casada* Single / *Soltera* Divorced / *Divorciada* Widowed / *Viuda*

Relationship Status with your Father and Mother/¿Como es la relación con su Padre y su Madre?

Do you have any siblings?/¿Tiene usted hermanos? [] No/No [] Yes, please fill out below/Si, favor indique abajo:

Name/Nombre Age/Edad Gender/Sexo Relationship Status/Estado de Relación Health Status/Estado de Salud

If a child or teenager: How do you get along with siblings, parents and/or other family members/Si es niño o joven adulto, Como se lleva con sus hermanos, padres, y otros miembros de la familia?

Social History/Historia Social:

Education Level/Nivel Educativo: _____

Name of school, college/Nombre de la escuela, colegio _____

Any grades skipped, repeated, gifted program and/or special education/Algún grado adelantado, repetido, programa de ayuda o educación especial: _____

Describe any behavioral problems in school/Describe cualquier problema de comportamiento en la escuela: _____

Primary Care Physician/Doctor de Familia: _____

What are your primary concerns or main complaints/Cuales son sus preocupaciones principales? _____

Please Check the following that apply to you/Porfavor marque lo que le aplique a usted:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Excessive Anxiety/Ansiedad Excesiva | <input type="checkbox"/> Easily fatigued/Fatigado con Facilidad |
| <input type="checkbox"/> Feeling on edge/Sintiéndose al borde | <input type="checkbox"/> Fear of embarrassment/Miedo a ser avergonzado |
| <input type="checkbox"/> Preoccupation with some defect in appearance/Preocupación por defectos en su apariencia | |
| <input type="checkbox"/> Chronic worry/Preocupación Crónica | <input type="checkbox"/> Physical symptoms/Síntomas Físicos |
| <input type="checkbox"/> Fear of specific objects/Temor a objetos específicos | <input type="checkbox"/> Obsessions/Obsesiones |
| <input type="checkbox"/> Ritualistic behavior /Comportamiento ritual | <input type="checkbox"/> Fear of inability to escape/Temor a no poder escapar |
| <input type="checkbox"/> Sleep problems/Problemas para dormir | |
| <input type="checkbox"/> Recurrent intrusive ideas or impulses/Recurrentes ideas o impulsos impertinentes | |
| <input type="checkbox"/> Irritability/Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Chronic anxiety/Ansiedad Crónica |
| <input type="checkbox"/> Hyper vigilance/Vigilancia nerviosa | <input type="checkbox"/> Restlessness/Inquietud |
| <input type="checkbox"/> Over concerned with physical problems/Muy preocupado con problemas físicos. | |
| <input type="checkbox"/> Experiencing a traumatic event outside the usual range (near death experience, serious injury, accident, combat experience, rape, abuse, assault, natural disaster)/Experimentando un acontecimiento traumático fuera de lo usual(experiencia de muerte cercana, herida seria, accidente, experiencia de lucha ,violación, abuso, asalto, desastre natural) | |
| <input type="checkbox"/> Can't recall details of the trauma/No recuerda detalles del trauma | |
| <input type="checkbox"/> Feeling detached or estranged from others/Sintiéndose distante o apartado de las personas | |
| <input type="checkbox"/> Re-experiencing the traumatic event/Experimentando nuevamente el acontecimiento traumático | |
| <input type="checkbox"/> Dreams or nightmares of the event/Sueños o pesadillas del acontecimiento | |
| <input type="checkbox"/> Acting and/or feeling like event is reoccurring/Actua o siente que un acontecimiento está ocurriendonuevamente | |
| <input type="checkbox"/> None of the above/Ninguna de las anteriores | |

Impulse Control/Control de Impulsos

- Lying/Mentir
- Assaultiveness/Agresión
- Annoying people/Molestar a la gente
- Poor school attendance/Baja asistencia en la escuela
- Running away/Escapar
- Arguing with authority/Discutir con autoridad
- Not respectful/Irrespetuoso
- Defiant behavior/Comportamiento desafiante
- Hostile behavior/Comportamiento Hostil
- Bullies/Acosar
- Intimidates/Intimidar
- Threatens/Amenazar
- Blames others/Culpar a otros
- Spiteful/vindictive/Rencoroso, vengativo
- Easily annoyed/Facilmente molestado
- Used a weapon/A Usado un arma
- Noncompliance/Desobediencia
- Can't resist stealing/No puede resistir el robar
- Addicted to gambling/Adicto al juego
- Forgery or Fraud/Falsificación o Fraude
- Deliberate firesetting/Prender fuego deliberadamente
- Destruction of property/Destrucción de propiedad
- Broke into something (car, house or building)/Entrar en un carro, casa o edificio a la fuerza
- Difficulty controlling aggressive impulses or anger/Dificultad al controlar impulsos agresivos o enojos
- None of the above/Ninguna de las anteriores

Thought Disorder/Trastornos del Pensamiento:

- Unable to experience pleasure/No poder experimentar placer
- Decreased Speech/Disminución del Habla
- Bizarre thoughts/Pensamientos Bizarros
- Bizarre mannerisms/Gestos Bizarros
- Disturbance in orientation/Disturbio en orientación
- Not feeling clear minded/Ideas que no estan claras
- Fear of hallucinations/Temor a alucinaciones
- Bewildered/Desconcertado
- Restless/Inquietud
- Confused/Confundido
- Guilt-Sadness/Culpa-Tristeza
- Jealousy/Celos
- Belief that lover is unfaithful/Creencia que la pareja le es infiel
- Maintaining body position for long periods/Manteniendo posiciones por largo períodos de tiempo
- Feel like others are talking about you /Sentir que otros hablan de usted
- Belief that radio or TV is talking about you/Creencia que la radio o television estan hablando de usted
- Belief you are more powerful than anyone/Creencia que usted es mas poderoso que cualquier otro
- Feels like your body is rotting/Sentir que su cuerpo se esta descomponiendo
- Excessive concern about your health/Preocupación excesiva sobre su salud
- Compulsive utterance of obscene words/Pronunciación compulsiva de palabras obsenas
- Feeling like someone is controlling your thoughts/Sensación que alguien controla sus pensamientos
- Belief you are being persecuted by the police, boss, CIA, FBI, MAFIA/Creencia que esta siendo perseguido por la policía, jefe ,CIA, FBI, MAFIA
- Feel that yourself, others, and/or the world is ending/Sintiendo que usted, otros o el mundo se esta acabando
- Feeling you will be deprived of all material possessions/Sintiendo que será privado de todas posesiones materiales
- Belief you are being cheated, harassed or persecuted/Creencia que esta siendo engañado, agobiado o perseguido
- Belief that thoughts are being removed from your mind by other people or forces/Creencia de que sus pensamientos están siendo removidos por otra gente o fuerzas
- Belief that thoughts are being implanted into your mind by other people or forces/Creencia que sus pensamientos son implantados por otras personas o fuerzas
- Belief that thoughts can be heard or read by others as though they were broadcast/Creencia que sus pensamientos pueden se r escuchados o leídos por otros como si estuvieran en una emisora
- Belief that thoughts are being controlled by others/Creencia que sus pensamientos son controlados por otros
- Belief that someone is deeply in love with you when you are not in love with them/Creencia que alguien está profundamente enamorado(a) de usted cuando usted no esta enamorado de el/ella

Speech-Language/Habla-Lenguaje:

- No initiation to speak/No tiene iniciación para hablar
- Rapid Speech/Habla rápido
- Monosyllabic response/Respuesta monosílaba
- Empty Speech/Habla vacía
- Difficulty in articulation/Dificultad al expresarse
- Loss of speech melody/Pérdida de melodía al hablar
- Stuttering/Tartamudeo
- Excessive quiet speech/Excesivamente Callado
- Excessive loud speech/Excesivamente Ruidoso

- [] Unwilling to get involved with others unless you are certain of being liked/*No esta dispuesto a involucrarse con otros al menos que tenga la certeza de que les va a caer bien.*
- [] Preoccupied with fears of being left to take care of yourself/*Siente miedo al quedarse solo para cuidarse usted mismo.*
- [] None/*Ninguna de las anteriores.*

Substance Abuse/Abuso de Substancias

SUBSTANCE/ SUBSTANCIA	BRAND/ MARCA	FIRST USED/ PRIMERA VEZ QUE LA USO	FREQUENCY/ FRECUENCIA	QUALITY/ CALIDAD	LAST USED/ ULTIMA VEZ QUE LA USO
Alcohol/ <i>Alcohol</i>					
Tobacco/ <i>Tabaco</i>					
Caffeine/ <i>Cafeina</i>					
Amphetamines/ <i>Anfetaminas</i>					
Cocaine/ <i>Cocaina</i>					
Marijuana					
LSD/ <i>Acido Lisergico</i>					
Acid/ <i>Acido</i>					
Hashish/ <i>Hachis</i>					
Laxatives/ <i>Laxantes</i>					
Pain Killers/ <i>Analgesicos</i>					
Benzo's					
Diet pills/ <i>Pastillas de Dieta</i>					
Sleeping pills/ <i>Pastillas para dormir</i>					
Other/ <i>Otra</i>					
NONE/ <i>Ninguna</i>					
Ever had treatment?/ <i>A tenido ud. tratamiento?</i>		If yes, when and where?/ <i>Cuando y Donde?</i>		AA/NA meetings?/ <i>Va a juntas de AA/NA?</i>	

Have you ever had any kind of treatment/*Ha tendon usted algún tipo de tratamiento?*

[] No, *No* [] Yes, *Si* _____

Please describe the following, regarding the above symptoms that were checked./*Por favor describa el seguimiento al respecto a los sintomas anteriores que fueron marcados.*

Onset and Duration/*Comienzo y Duración:*

Intensity/*Intensidad:*

How have you dealt with the symptoms so far/*Como ha manejado usted los síntomas hasta el momento:*

How effective has this been/*Qué tan efectivo a sido esto:*

PLEASE ANSWER THE FOLLOWING BACKGROUND QUESTIONS TO COMPLETE THIS SCREENING./FAVOR DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA COMPLETAR ESTE CHEQUEO.

Medical, Surgical history/ *Historia Medica y Cirugias:* _____

List all current medications/Mencione todos los medicamentos que esta tomando en este momento: _____

Please add any other information you feel is important, such as current stressors, etc./Favor de escribir informacion importante, como factores que le causan estres: _____

What would you like to be seen for (substance abuse evaluation, custody battle, court order, disability, workman compensation, second opinion, medication evaluation, psychological testing, psychiatric evaluations) or other?/Por qué razón le gustaría que lo vieran (evaluación de abuso de sustancias, batalla de custodia, orden de la corte, incapacidad, compensación del trabajador, segunda opinión, evaluación de medicinas, exámenes psicológicos, evaluaciones psiquiátricas) u otra razón? _____

How are the symptoms affecting your life with family, job, relationship, education, legal problems?/Cómo están sus síntomas afectando su vida con su familia, empleo, relación, educación, y problemas legales? _____

Have you ever had the following victim issues (physical, emotional, sexual abuse, neglect etc)/Ha estado usted en situaciones de víctima (física, emocional, abuso sexual, negligencia, etc.): _____

Describe 3 strengths/Describe 3 puntos fuertes de usted: _____

Describe 3 weaknesses/Describe 3 puntos débiles de usted: _____

Do you think you need treatment/Cree usted que necesita tratamiento?
[] No, No [] Yes, Si _____

If you are required for treatment, are you willing to follow the treatment that is recommended/ Si se le requiere tratamiento, esta usted dispuesto a seguir el tratamiento recomendado? _____

Thank you for taking the time to completing the form.
Gracias por tomar su tiempo en llenar esta forma.