

# MIDTOWN HEALTH CENTER

Midtown Health Center – 302 W Phillip Ave  
 Xpress Care – 210 S 3rd St  
 Norfolk, Ne 68701  
 Phone: (402) 371-8000  
 Fax: (402) 371-0971  
 Dental Fax: (402)-371-0945

Madison Clinic  
 222 S. Main St/PO Box 454  
 Madison, NE 68748  
 Phone: (402) 313-3734  
 Fax: (402) 371-0971

West Point Clinic  
 425 Monitor St.  
 West Point, NE 68788  
 Phone: (402) 454-3304  
 Fax: (402) 371-0971

[accountspayable@midtownhealthne.org](mailto:accountspayable@midtownhealthne.org)  
[dentalclinic@midtownhealthne.org](mailto:dentalclinic@midtownhealthne.org)

## BEHAVIORAL HEALTH & SUBSTANCE ABUSE SCREENING EVALUACIÓN DE SALUD DE COMPORTAMIENTO Y ABUSO DE SUBSTANCIAS

\*\*\*\*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.

### PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Name /Nombre: \_\_\_\_\_ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Race/Raza: \_\_\_\_\_ Religion/Religion: \_\_\_\_\_ Occupation/Ocupación: \_\_\_\_\_

Primary Care Physician/Doctor de Familia: \_\_\_\_\_

| Medical, Surgical history/ <i>Historia Medica y Cirugias:</i>   |                      |          |                     |                      |
|---|----------------------|----------|---------------------|----------------------|
| List all current medications/Mencione todos los medicamentos que esta tomando en este momento:  |                      |          |                     |                      |
| Disability/Desabilidad:   |                      |          |                     |                      |
| Describe the nature of your work or how you spend your time, and explain if you are satisfied/ <i>Describe la naturaleza de su trabajo o como es que se pasa su tiempo, y explique si esta satisfecho/a</i> |                      |          |                     |                      |
|   |                      |          |                     |                      |
| Does anyone else live with you/ <i>Vive usted con alguien más?</i>  |                      | No/No    |                     | Yes/Si               |
| If Yes/Si, please fill out below/ <i>Si, favor indicar abajo:</i>   |                      |          |                     |                      |
| Name/Nombre   | Relationship/Relació | Age/Edad | Education/Educación | Occupation/Ocupación |
|   |                      |          |                     |                      |
|   |                      |          |                     |                      |
|   |                      |          |                     |                      |
|   |                      |          |                     |                      |

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?

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

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.):

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?

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 dispueso a seguir el tratamiento recomendado?

**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?*

**EDUCATION HISTORY/ EDUCACIÓN 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:*

**PLEASE CHECK THE FOLLOWING THAT APPLY TO YOU/PORFAVOR MARQUE LO QUE LE APLIQUE A USTED:**

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

**PERSONAL TRAITS /CARACTERISTICAS PERSONALES:**

- Suspicion that others are exploiting, harming, or deceiving/*Sospecha que otros lo explotan*
- Indifference to praise or criticism by others/*Indiferencia a ser alagado o criticado por otros*
- Repeated conflicts with law/*Conflictos con la ley repetidamente*      Envious of others/*Envidia de otros.*
- Uncomfortable when not in center of attention/*Inconforme cuando no es el centro de atencion*
- View self as socially inept, unappealing, or inferior/*Se siente usted socialmente inepto o inferior.*
- Preoccupied with details, rules, lists, order, organization, or schedules/*Se preocupa por detalles, reglas, listas, orden, organizacion, o horarios.*
- Persistently bearing grudges and not forgetting insults or injuries/*Guarda rencores frecuentemente y no es facil de olvidar insultos o heridas.*
- Strange daydreams or fantasies/*Tiene fantacias extrañas.*
- Cruel to animals or people before age 18/*Es cruel con los animales o personas menores de 18 años.*
- Continous feeling of emptiness/*Sensacion continua de vacio*
- Preoccupied with unlimited success or ideal love/*Se preocupa usted por exito sin limites o el amor ideal.*
- Difficulty making decision without excessive amount of reassurance from others/*Tiene dificultad para tomar decisiones sin ser aseguradas en cantidad excesiva por otra persona.*
- Perfectionist to the point of interfering with work/*Es tan perfeccionista hasta el punto que interfiere con su trabajo.*
- Tendency to choose solitary activities/*Tendencia a escoger actividades solitarias.*
- Magical thinking that influences behavior/*Pensamiento magico que influye su comportamiento.*
- Pattern of unstable or intense relationships/*Patron de relaciones inestables o intensas.*
- Easily influenced or suggestible/*Es facilmente influeciado o sugestible*

- 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 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 mannerisms/*Gestos Bizarros*
- Disturbance in orientation/*Disturbio en orientación*
- Fear of hallucinations/*Temor a alucinaciones*
- Restless/*Inquietud*
- Guilt-Sadness/*Culpa-Tristeza*
- Belief that lover is unfaithful/*Creencia que la pareja le es infiel*
- Maintaining body position for long periods/*Manteniendo posiciones por largo periodos 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 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*
- None of the above/*Ninguna de las anteriores*

### **SPEECH-LANGUAGE/HABLA-LENGUAGE:**

- No initiation to speak/*No tiene iniciación para hablar*
- Monosyllabic response/*Respuesta monosílaba*
- Difficulty in articulation/*Dificultad al expresarse*
- Stuttering/*Tartamudeo*
- Excessive loud speech/*Excesivamente Ruidoso*
- Can comprehend, but ability to speak is impaired/*Puede comprender, pero la habilidad para hablar esta impedida*
- Speech is fluent but incoherent and nonsensical/*Puede hablar, pero lo que dice es incoherente y no tiene sentido*
- Difficulty in finding correct name for an object/*Dificultad al encontrar el nombre correcto para un objeto*
- Inability to arrange words in proper sequence/*Incapacidad para organizar las palabras en una secuencia apropiada.*
- None of the above/*Ninguna de las anteriores*
- Rapid Speech/*Habla rápido*
- Empty Speech/*Habla vacía*
- Loss of speech melody/*Pérdida de melodía al hablar*
- Excessive quiet speech/*Excesivamente Callado*

### **SEXUAL/SEXUAL:**

- Avoidance of sex/*Evita el sexo*
- Orgasm problems/*Problemas de orgasmos*
- Absent sexual feelings/desires/*Sentimiento o deseo sexual ausente*
- Difficulty in functioning with partner/*Dificultad al funcionar con su pareja*
- Increased sexual urges and arousal involving use of objects for arousal/*Urgencia sexual incrementada y excitación al incluir el uso de objetos para la excitación*
- Sexual urges to be beaten or humiliated (suffering)/*Urgencia sexual a ser golpeado o humillado(sufrimiento)*
- Erectile problems/*Problemas de erección*
- Excessive masturbation/*Masturbación Excesiva*

[ ] Intense urges for the psychological or physical suffering of another person/*Urgencias intensas por el sufrimiento psicológico o físico de otra persona*

[ ] None of the above/*Ninguna de las anteriores*

### **SUBSTANCE ABUSE/ABUSO DE SUBSTANCIAS**

| <b>SUBSTANCE/<br/>SUBSTANCIA</b>                         | <b>BRAND/<br/>MARCA</b> | <b>FIRST USED/<br/>PRIMERA VEZ QUE LA USO</b>      | <b>FREQUENCY/<br/>FRECUENCIA</b> | <b>QUALITY/<br/>CALIDAD</b>                       | <b>LAST USED/<br/>ULTIMA VEZ QUE LA USO</b> |
|--|-------------------------|--|----------------------------------|---|---|
| Alcohol/ <i>Alcohol</i>                                  |                         |  |                                  |   |   |
| Tobacco/ <i>Tabaco</i>                                   |                         |  |                                  |   |   |
| Caffeine/ <i>Cafeina</i>                                 |                         |  |                                  |   |   |
| Amphetamines/<br><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/<br><i>Pastillas para dormir</i>          |                         |  |                                  |   |   |
| Other/ <i>Otra</i>                                       |                         |  |                                  |   |   |
| NONE/ <i>Ninguna</i>                                     |                         |  |                                  |   |   |
| Ever had treatment?/<br><i>A tenido ud. tratamiento?</i> |                         | If yes, when and<br>where?/ <i>Cuando y Donde?</i> |                                  | AA/NA meetings?/ <i>Va<br/>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:*

**IMPULSE CONTROL/CONTROL DE IMPULSOS**

- Lying/Mentir
  - Annoying people/Molestar a la gente
  - Running away/Escapar
  - Not respectful/Irrespetuoso
  - Hostile behavior/Comportamiento Hostil
  - Bullies/Acosar
  - Threatens/Amenazar
  - Spiteful/vindictive/Rencoroso, vengativo
  - Used a weapon/A Usado un arma
  - Can't resist stealing/No puede resistir el robar
  - Deliberate firesetting/Prender fuego deliberadamente
  - 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
- Assaultiveness/Agresión
  - Poor school attendance/Baja asistencia en la escuela
  - Arguing with authority/Discutir con autoridad
  - Defiant behavior/Comportamiento desafiante
  - Forgery or Fraud/Falsificación o Fraude
  - Intimidates/Intimidar
  - Blames others/Culpar a otros
  - Easily annoyed/Facilmente molestad
  - Noncompliance/Desobediencia
  - Addicted to gambling/Adicto al juego
  - Destruction of property/Destrucción de propiedad

**MEMORY/MEMORIA:**

- Difficulty organizing/Dificultad al organizar
  - Difficulty sequencing/Dificultad al hacer una secuencia
  - Memory impairment/Memoria impedida
  - Hard to learn new information/Difícil de aprender nueva información
  - Hard to recall previously learned information/Difícil de recordar información que acaba de aprender
  - Feeling of unfamiliarity with a real situation you have experienced/Sentimiento de desconocimiento con una situación real que usted a experimentado
  - Illusion of familiarity in a new situation/Illusión de familiaridad en una nueva situación
  - Unconscious filling of gaps in memory by imagined or untrue experiences/Sensación de memoria en blanco por experiencias imaginadas o no verdaderas
  - Inability to recognize or identify objects despite intact sensory function/Incapacidad de reconocer o identificar objetos sin usar su sentido de tacto
  - None of the above/Ninguna de las anteriores
- Difficulty planning/Dificultad al planear
  - Forgetfulness/Olvidadizo

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

Describe 3 strengths/Describe 3 puntos fuertes de usted:

Describe 3 weaknesses/Describe 3 puntos débiles de usted:

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

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