



THE EMORY CLINIC, INC.
WESLEY WOODS

La Clínica Neuropsiquiátrica de Emory en Wesley Woods es una clínica especializada que provee consultas, segundas opiniones y seguimiento de pacientes a largo plazo. Los médicos son parte de la facultad de la Clínica de Emory y son especialistas que tienen entrenamiento profesional en psiquiatría geriátrica y neuropsiquiatría. Nuestro personal de enfermería (NP/CNS por sus siglas en inglés) también ha recibido entrenamiento adicional en psiquiatría geriátrica y neuropsiquiatría. Un equipo de médicos, de enfermeras y enfermeros profesionales estará cuidando de usted. Nuestro programa es uno de los más grandes de este tipo en los Estados Unidos y ofrece un rango completo de evaluaciones neuropsiquiátricas, incluyendo oportunidades para participar en proyectos de investigación. Usted puede encontrar más información acerca de nuestra clínica y médicos en la página de internet: <http://www.emoryhealthcare.org/departments/fuqua/index.html>.

Nuestra clínica está conformada por los siguientes médicos:

- | | |
|------------------------|---|
| William McDonald, M.D. | Presidente del Centro Fuqua, y Profesor de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta
Presidente de Psiquiatría Geriátrica
Certificado por el Comité Americano de Psiquiatría y Neurología
Con calificaciones adicionales en Psiquiatría Geriátrica |
| Raymond Young, M.D. | Profesor Asistente de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta
Director de Servicios Clínicos Ambulatorios
Certificado por el Comité Americano de Psiquiatría y Neurología, con calificaciones adicionales en Medicina Psicosomática, y Certificado por el Comité Americano de Medicina Interna. |
| Adriana Hermida, M.D. | Profesor Asistente de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta
Certificada por el Comité Americano de Psiquiatría y Neurología
Certificada por el Comité de Psiquiatría Geriátrica
Director de servicios en Terapia Electroconvulsiva |
| Dylan Wint, M.D. | Profesor Asistente de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta
Certificado por el Comité Americano de Psiquiatría y Neurología
Director del programa en Psiquiatría Neurológica |
| Goueli Hisam, MD | Profesor Asistente de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta
Director de servicios de hospitalización en Psiquiatría en Wesley Woods
Calificado por el Comité Americano de Psiquiatría y Neurología
y el Comité Americano de Medicina de Familia |

Frank Brown, M.D. Profesor Asistente de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta
Director Médico del Hospital Wesley Woods
Certificado por el Comité Americano de Psiquiatría y Neurología
Con calificaciones adicionales en Psiquiatría Geriátrica

Larry Tune, M.D. Profesor de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta
Director de hospitalización en Neuropsiquiatría en Wesley Woods
Certificado por el Comité Americano de Psiquiatría y Neurología
Con calificaciones adicionales en Psiquiatría Geriátrica

Paul Holtzheimer, M. D. Profesor Asistente de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta
Director de Programas de Investigación
Certificado por el Comité Americano de Psiquiatría y Neurología

Eve Byrd, MSN, MPH, APRN-BC
Directora Asociada, Centro Fuqua para la Depresión en la Vejez
Asociada de la facultad, Escuela de Enfermería de Emory
Certificada por el Centro de Acreditación de Enfermeros Americanos

Sherry Dey, MN, APRN-BC Certificada por el Centro de Acreditación de Enfermeros Americanos



Formulario de Información para Pacientes Nuevos

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Nombre de la Institución para personas retiradas o del Hogar de la tercera edad:

Miembros de la Familia/Personas para contactar:

Nombre: _____ Nombre: _____

Relación con el paciente: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Casa): _____

Teléfono (Otro): _____ Teléfono (Otro): _____

Médico que refiere:

Medicina Interna/Médico de Familia:

Nombre: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Fax: _____ Fax: _____

Entiendo que al proveer esta información estoy autorizando al personal de la Clínica de Psiquiatría Geriátrica para comunicarse con estos familiares y médicos, si fuere necesario.

X _____

Firma del paciente (o del representante legalmente autorizado)

Por favor, describa el mayor problema o la razón por la que programó esta visita _____

¿Cuándo empezaron los síntomas? _____

¿Ha sido usted tratado por este problema anteriormente? Si No

Si responde afirmativamente, por favor describa el tratamiento incluyendo fechas: _____

Revisión de Síntomas Comunes

Para los siguientes síntomas, por favor indique si usted los está experimentando, si los ha experimentado en el pasado, o si nunca los ha **experimentado**. **Escriba fechas, duración de los síntomas y más detalles si es necesario.**

¿Cuándo ocurrió esto?			Síntoma
Presente	Pasado	Nunca	
			Depresión, tristeza persistente o sentirse bajo de ánimo
			Perdida de placer al realizar actividades
			Falta de motivación
			Ataques de llanto
			Fatiga o falta de energía
			Falta de apetito
			Dificultad para conciliar el sueño
			Despertar muchas veces durante la noche
			Despertar temprano y no poder volver a dormirse
			Dormir más de lo usual
			Pesadillas
			Dificultad para concentrarse
			Problemas con la memoria
			Ansiedad o sentir que no se puede quedar quieto
			Irritabilidad
			Sentimientos de culpa o inutilidad
			Baja autoestima
			Sentimientos de desesperanza
			Comportamientos autodestructivos (como cortarse o quemarse usted mismo)
			Sentirse como si usted deseara estar muerto
			Pensamientos de suicidio
			Pensamientos de herir a alguien más

Presente	Pasado	Nunca	
			Comportamiento agresivo o combativo
			Hablar más de lo usual
			Incremento de actividades (como escribir, limpiar o hacer más ejercicio)
			Aumento de comportamientos riesgosos
			No está comiendo bien o está perdiendo peso, sin proponérselo
			No está comiendo bien, con el objetivo de perder peso
			Esta haciendo ejercicio para perder peso
			Está usando laxantes para perder peso
			Está usando otros métodos para perder peso
			Está comiendo más sin sentirse con hambre
			Comer grandes cantidades)
			Pensamientos obsesivos (simetría, limpieza,)
			Ideas obsesivas acerca de algo malo que le haya pasado
			Comportamientos compulsivos (contar, lavarse las manos, limpiar)
			Dificultades para cuidar de sí mismo (como vestirse o bañarse)
			Ver o escuchar cosas que otros no pueden
			Ideas recurrentes acerca de algo malo que le haya pasado
			Ataques de pánico
			Ansiedad en situaciones sociales (como al hablar en público)
			Paranoia (mantener con sospechas)
			Leer los pensamientos de otras personas
			Sentir que otros pueden leer sus pensamientos
			Sentir que el televisor o el radio le están hablando a usted en específico

¿Ha sido hospitalizado alguna vez por una enfermedad mental/psiquiátrica? Si la respuesta es afirmativa, por favor escriba las fechas y el nombre del hospital:

Historia Médica

Por favor, escriba una lista de enfermedades serias u otros problemas crónicos de salud que usted alguna vez haya tenido. Incluya cualquier tipo de cirugías.

Fechas

Problema

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Revisión de Síntomas

Por favor señale cualquiera de lo siguiente que se aplique a usted. **Escriba fechas, duración de síntomas y más detalles si es necesario.**

Enfermedades del corazón

- Dolor de pecho
 - En reposo _____
 - En actividad _____
- Tobillos hinchados _____
- Dificultad para respirar cuando camina o cuando está en actividad _____
- Palpitaciones o sentir que el corazón esta latiendo rápido _____
- Presión sanguínea elevada _____
- Colesterol elevado _____
- Mareos o desmayos _____

Sistema Neurológico

- Traumas en la cabeza _____
- Convulsiones o ataques _____
- Dolores de cabeza _____
- Caídas _____
- Problemas de equilibrio _____
- Sentirse mareado cuando se para _____
- Temblor o dificultad para escribir _____
- Problemas para dormir, como fuertes ronquidos, asfixia, estar somnoliento durante el día o tener sacudidas de sus extremidades _____
- Adormecimiento o sensación de hormigueo _____
- Olvidar cosas con frecuencia _____
- Confusión _____
- Dificultad para hablar _____
- Dificultad para encontrar el camino _____
- Dificultad para manejar las finanzas _____
- Dificultad para mantener las tareas de la casa _____

Sistema de los Sentidos

- Problemas con el sentido del olfato _____
- Problemas con el sentido del gusto _____
- Problemas para oír _____
- Usa audífonos para escuchar _____
- Dolor en los ojos _____
- Visión borrosa o doble _____
- Sensibilidad al brillo o resplandor _____

Sistema Gastrointestinal

- Problemas para tragar _____
- Sensación de quemazón en el pecho o estómago después de las comidas o cuando está acostado _____
- Estreñimiento _____
- Diarrea _____
- Cambio en el color de la materia fecal o heces, o heces negras _____

Sistema Respiratorio

- Tos _____
- Asma o silbido de pecho _____

Sistema Genital y Urinario

- Pérdida de interés en la vida sexual _____
- Dificultad para mantener una erección _____
- Eyacuación retardada _____
- Dolor durante las relaciones sexuales _____
- Dificultad para orinar _____
- Dificultad para retener la orina _____
- Problemas para empezar el chorro de orina, goteo o chorro débil _____
- Dolor cuando está orinando _____
- Necesidad de orinar más frecuentemente _____
- Infecciones urinarias frecuentes _____

Sistema Musculoesquelético

- Dificultad para pararse después de estar sentado _____
- Rigidez o dolor en las articulaciones _____
- Dolor que es peor en la mañana y mejora con la actividad _____
- Dolor de espalda o cuello _____
- Otro tipo de dolor _____

Sistema Hematológico

- Anemia _____
- Morados en la piel o sangrado fácil _____
- Infecciones recurrentes o infecciones que no sanan fácilmente _____

Sistema Endocrino

- Enfermedades de la Tiroides _____
- Ganancia o pérdida de peso _____
- Cambios en la piel _____
- Cambios en el pelo _____
- Cambios en la voz _____

Intolerancia al frío o al calor _____

Alergias (Indicar cualquier medicamento, alimento u otras alergias)

Medicamentos Actuales

Por favor, escriba todos los medicamentos que usted está tomando y usando actualmente (incluir medicamentos que no han sido recetados y medicamentos que usted usa ocasionalmente).

Medicamento	Horario y razón por la cual lo toma o aplica
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historia médica familiar, incluyendo enfermedades psiquiátricas

Por favor escriba una lista de todos sus familiares inmediatos (padres, hermanos e hijos). Debajo de **Enfermedad**, escriba enfermedades o problemas de salud serios, **especialmente enfermedades mentales/psiquiátricas**.

Relación familiar	Edad	Enfermedad/Causa de muerte
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Historia Social

Lugar de nacimiento y lugar donde creció: _____

¿Cual fue el máximo grado al que usted llegó en su educación? _____ Títulos obtenidos

¿Por cuánto tiempo ha estado casado? _____ Divorciado _____ Viudo _____ Soltero _____

¿Qué ocupación tenía antes de retirarse o jubilarse? _____

¿Fuma? Si _____ No _____ ¿Por cuántos años ha fumado? _____ ¿Cuántos cigarrillos o cajetillas por día? _____

¿Historia de uso de alcohol o adicción? _____

Alcohol: ¿Aproximadamente cuánto toma a la semana? _____

Ejercicio: Tipo _____ Frecuencia: _____

Intereses y pasatiempos: _____

¿Con quién vive usted? _____

¿En qué tipo de vivienda vive? En su propia casa _____ Casa para la tercera edad _____ Casa de un familiar _____ Otra _____

¿Hay alguna otra información que usted quiera compartir con nosotros? _____

Por favor escriba todos los servicios médicos y sociales que usted recibe, y las instituciones que le prestan estos servicios (como: trabajador social, servicios de cuidado de la salud en su casa, centros de adultos, servicio de comidas a domicilio, servicios de seguridad y protección, etc.):



Por favor, complete la siguiente escala para ayudarnos a valorar sus síntomas de depresión.

	Si	No	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está satisfecho con su vida?
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha dejado muchos de sus intereses y actividades?
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Siente que su vida está vacía?
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se aburre con frecuencia?
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se siente esperanzado acerca del futuro?
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se siente molesto con pensamientos que usted no puede sacar de su cabeza?
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está de buen ánimo la mayoría del tiempo?
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se siente contento la mayoría del tiempo?
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se siente desprotegido?
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Frecuentemente se siente inquieto?
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Prefiere quedarse en su casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se siente preocupado acerca del futuro?
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Siente que tiene más problemas con la memoria que la mayoría de las personas?
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Frecuentemente se siente desanimado y melancólico?
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se siente inútil actualmente?
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se preocupa frecuentemente y mucho acerca del pasado?
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Encuentra que la vida es estimulante?
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Es difícil para usted empezar proyectos nuevos?
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se siente lleno de energía?
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se siente desesperanzado acerca de su situación?
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejores condiciones que usted?
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se molesta frecuentemente por pequeñas cosas?
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Con frecuencia siente que quiere llorar?
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene problemas para concentrarse?
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le gusta levantarse por la mañana?
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Prefiere evitar reuniones sociales?
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Es fácil para usted tomar decisiones?
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Es su mente tan clara como antes?