

HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE CALIFICACIÓN PREVIA A LA INSCRIPCIÓN PARA ENFERMEDAD MENTAL (HMO CSNP)

| | | |
|--|----------------------|-----------|
| Nombre de pila: | Segundo nombre: | Apellido: |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | Fecha de nacimiento: | |

PREGUNTAS CLÍNICAS PARA LA CALIFICACIÓN

Si marca cualquiera de las siguientes opciones, el candidato califica previamente.

¿Alguna vez le ha dicho algún médico que tiene alguna de las siguientes enfermedades? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Depresión mayor
- Trastorno bipolar
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno paranoide
- Esquizofrenia

PREGUNTAS SOBRE MEDICAMENTOS

1. ¿Está tomando en este momento medicamentos para una enfermedad indicada anteriormente o alguna vez los ha tomado? Sí No

2. ¿Qué medicamento está tomando? _____

MÉDICO PRIMARIO: _____
Nombre del médico

_____ *Su clínica o ubicación y número de teléfono*

PSIQUIATRA: _____
Nombre del psiquiatra

_____ *Su clínica o ubicación y número de teléfono*

ESPECIALISTA: _____
Nombre del especialista

_____ *Su clínica o ubicación y número de teléfono*

| | |
|----------------------|--------|
| Firma del candidato: | Fecha: |
|----------------------|--------|