

Nancy's Prevention Clinic Follow up Progress Record -Spanish

Nombre:	Alergia a Medicinas:	Fecha:
Fecha de Nacimiento: Edad: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Medico General:	
¿De Que se Queja?: <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Oyendo Voces <input type="checkbox"/> Cambios de Humor <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Paranoia <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Gastando de mas <input type="checkbox"/> Juegos <input type="checkbox"/> Riesgos <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Nicotina <input type="checkbox"/> Cafeína <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Otro _____		
Dígame por Favor Cuanto a Mejorado Desde la Primera Visita: <input type="checkbox"/> Nada Mejor <input type="checkbox"/> Un Poquito Mejor <input type="checkbox"/> Bastante Mejor <input type="checkbox"/> Muchísimo Mejor <input type="checkbox"/> Me siento "normal"		

Síntomas: Por Favor Comente en Cada Línea Brevemente.

¿Cómo Duerme? _____

¿Como Esta Su Apetito? _____

Depresión/Tristeza /Llorando Mucho _____

¿Tiene Algún Gozo? _____

Concentración (¿Puede Prestar Atención?) _____

¿Se Siente Bien de Si Mismo?/Nivel de Confianza _____

Ansiedad/Irritación/Cambios de Humor _____

Fatigado (Cansado) _____

Obsesiones (Pensamientos Que No Puede Dejar de Pensar) _____

Comportamiento Compulsivo (Comportamiento Que No Puede Parar de Hacer) _____

Gastando Dinero de Más _____

Tomando Riesgos _____

Pensamientos de Suicidio (Pensamientos, Planes, Acciones) _____

Paranoia (Miedos/ Gente Espiándole/Alguien Pensando en Hacerle Mal / Envenenarlo) _____

Alucinación (Oyendo Voces, Mirando Visiones) _____

Se Puede Quedar Solo? _____

Alguna vez a Jugado Juegos? _____

¿Qué Le Da Estrés? _____

Otro Comentarios:

Firma del paciente _____ **Fecha** _____

1/3

Nancy Bryant, FNP-C Patient's Name

 Date: