

**Next Century Medical Care, LLC**  
**Formulario de Registro del Paciente**

**Información del paciente**

Fecha:	Seguro Social#:	Proveedor: Wilbur para Proveedor Primario (Circule uno) Estes para Alergia, Asthma, Immunologia
Apellido:	Nombre: M.I.	
Dirección:	Apt #:	Ciudad, Estado, Código Postal:
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: (Circule uno) Soltero-a Cansado-a Divorciado-a Viudo-a Separado-a
Teléfono de casa#:	Teléfono de trabajo#:	Teléfono de Celular #:
Método de Contacto Preferido (Circule uno) Casa Trabajo Celular		Correo electrónico:
Acepta Texto: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Acepta Correo Electrónico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Autoriza a Next Century Medical Care a recuperar el historial de sus recetas para su cuidado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

**Información de contacto en caso de emergencia**

Apellido:	Nombre:	Numero de contacto:
-----------	---------	---------------------

**Información del responsable (Factura a)**

(Si es paciente, por favor deje en blanco. Si el paciente es menor de 18 años, por favor complete con la información de sus padres/tutores).

Apellido:	Nombre:	M.I.:
Fecha de nacimiento:	Seguro Social #:	Contacto#:
		Relación al paciente:

**Referral Information**

Fuente de Referencia (Circule todo lo que apliquen):	Busqueda de Internet Sitio web Conocido Pariente Proveedor de Salud Trabajador-a Libro de Telefonos (Otros:)
Proveedor Primario:	Referencia Medica:

**Información de Seguro Medico**

Seguro Medico Primario:	Numero de Poliza :	Numero de Grupo:
Fecha Efectuada:	Copago de Proveedor:	Copago de Especialista:
Nombre del Suscriptor:	Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
Relación del paciente con el suscriptor: (Circule uno) Yo Pareja Hijo-a Otro:		
Segundo Seguro Medico:	Numero de poliza:	Numero del Grupo:
Fecha Efectuada:	Copago de Proveedor:	Copago de Especialista:
Nombre del Suscriptor:	Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:
Relación del paciente con el suscriptor: (Circule uno) Yo Pareja Hijo-a Otro:		

Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos a incluir: Medicare, Medicaid, comercial o cualquier otro plan de seguro de salud al que tenga derecho: Next Century Medical Care, LLC. Esta transferencia permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta transferencia debe ser considerada tan válida como un original. Por la presente autorizo a dicho asignado a liberar toda la información necesaria para asegurar el pago. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por mi compañía de seguros. Autorizo el uso de este formulario para todas mis solicitudes de seguro. Autorizo la divulgación de información a mi compañía de seguros. Autorizo a mi(s) proveedor(es) de atención médica a actuar como mi agente para ayudarme a obtener el pago de mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable de obtener cualquier referencia que sea necesaria. Entiendo que cualquiera o toda mi información médica puede ser utilizada para la investigación de datos ciegos en la que ninguno de los datos se vinculará con mi identidad. Entiendo que mi información médica puede ser enviada electrónicamente a cualquiera o a todos mis proveedores de atención médica, hospitales y/o entidades de atención médica.

Firma: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



1400 Philadelphia Pike  
Suite A4  
Wilmington, DE 19809  
Phone: (302) 375-6746  
Fax: (302) 375-6822

### **Información para el paciente sobre las prácticas de la clínica**

Queremos agradecerle por haber elegido a Next Century Medical Care, LLC como su socio en su salud y bienestar. Nos comprometemos a trabajar con usted para asegurarle la mejor atención médica.

#### **Derechos del paciente**

1. A un acceso razonable a los servicios médicos sin importar el color de la raza, el origen nacional, la edad, el sexo, la discapacidad o la situación financiera.
2. A recibir un cuidado considerado, respetuoso y compasivo
3. A ser informado y a participar en las decisiones relacionadas con su cuidado, incluyendo el rechazo de tratamiento.
4. Participar en todos los aspectos del cuidado, y que se le permita participar en ese cuidado.
5. Rechazar el tratamiento en la medida en que lo permita la ley y ser informado de las consecuencias medicas de sus acciones.
6. Tener información clínica y educativa sobre su tratamiento en un lenguaje y términos que usted entienda.
7. A expresar quejas sobre su cuidado, y a que esas quejas sean revisadas y, cuando sea posible, resueltas.
8. A la información sobre cualquier actividad de investigación que involucre su tratamiento, incluyendo benéficos y riesgos, procedimientos involucrados tratamientos alternativos.
9. A las seguridad, privacidad y confidencialidad en todas las áreas de atención al paciente mientras se somete a pruebas o tratamientos.
10. A saber quién es responsable de proporcionarle su cuidado inmediato y directo.
11. A la información sobre los aspectos financieros de los servicios y las opciones alternativas.
12. A solicitar un estado de cuenta de cuenta detallado de los servicios facturados.

#### **Responsabilidades del paciente:**

1. Dar información complete y exacta sobre su condición y cuidado, incluyendo el reporte de cambios inesperados en su condición.
2. Adherirse al plan de cuidado mutuamente acordado, incluyendo las visitas de seguimiento a la oficina.
3. Reportar cambios inesperados en su condición a su proveedor de atención médica.
4. Llevar una copia actualizada de sus instrucciones anticipadas para incluirla en su expediente médico, si está disponible.
5. Aceptas la responsabilidad de rechazar el tratamiento.
6. Mostrar consideración por otros pacientes siguiendo todas las cortesías comunes relacionadas con el tabaco, el ruido y la conducta general.
7. Aceptar todas las obligaciones financieras asociadas con su cuidado.
8. Ser considerado con el personal que lo atiende. Un espíritu mutuo de respeto y cooperación nos permite servirle mejor.
9. Aconsejarnos sobre cualquier insatisfacción que pueda tener con respecto a su cuidado. Hay una encuesta de satisfacción de los pacientes en el enlace "Contáctenos" de nuestra página web.

## Financial Practices

### ***Para nuestros pacientes con beneficios de Seguro médico:***

Participamos con las mayorías de los planes de seguro médico. Nuestra compañía de gestión del ciclo de ingresos presentara reclamaciones por cualquier servicio prestado a un paciente que sea miembro de uno de estos planes de seguro médico. Le ayudaremos de cualquier manera que podamos razonablemente ayudar a que sus reclamaciones sean pagadas. Es responsabilidad del paciente proporcionar toda la información necesaria antes de salir de las oficinas. Si tiene un plan de Seguro secundario, automáticamente presentaremos un reclamo con ellos tan pronto como el plan de seguro primario haya pagado. Es posible que su plan de seguro médico necesite que usted proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud.

Por favor traiga su tarjeta de seguro con usted a cada una de sus visitas a la clínica. Esto asegurara que tengamos la información más actualizada del seguro para usted. Sin embargo, si cambia su plan de seguro médico, es mejor notificarnos inmediatamente para que podamos asegurarnos de que pueda ser visto con nosotros en su próxima visita a la clínica.

Si está asegurado por un plan de seguro médico con el que participamos, pero no tiene su tarjeta de seguro con usted, se requiere el pago completo de cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Si un paciente es miembro de un plan de seguro médico con el que no participamos, el pago completo debe hacerse en el momento del servicio. Presentaremos nuestros cargos a su compañía de seguros para cobrar cualquier beneficio fuera de la red que pueda estar disponible para usted, pero en última instancia el paciente es responsable de cualquier saldo no pagado.

Llame a nuestra oficina para verificar los planes de seguro médico aceptados. Su plan de Seguro médico nos exige que cobremos los copagos en el momento del su servicio. La renuncia a los copagos puede constituir un fraude según las leyes estatales y federales. Para su conveniencia aceptamos efectivo y tarjetas de crédito: Visa, Mastercard, and Discover. Si no tiene su copago, su visita será reprogramada. También puede tener un coaseguro y/o cantidades deducibles requeridas por su plan de seguro médico. Cualquier saldo pendiente en su cuenta, después de ajustar las responsabilidades de su plan de seguro médico, era tratado en su visita a la clínica.

Las normas de Next Century Medical Care, LLC es tratar a todos pacientes de manera justa en relación con los saldos de las cuentas. No renunciamos, o dejamos de cobrar o descontamos copagos, coaseguro, deducible u otra responsabilidad financiera del paciente de acuerdo con las leyes estatales y federales, así como los acuerdos de participación con los planes de seguro médico.

Los servicios médicos que su plan de seguro médico considere que no están cubiertos, que están fuera de la red o que no son medicamento necesarios serán su responsabilidad.

### ***Para nuestros pacientes sin beneficios de Seguro médico:***

Si no tiene cobertura de un plan de seguro médico de grupo o individual, se espera el pago de todos los servicios profesionales en el momento de su visita al consultorio. En caso de dificultades financieras, podemos hacer arreglos de pago basada en su caso.

### ***Plan de pago para pacientes con y sin beneficios de Seguro médico:***

Si no puede pagar su saldo en total, puede tener a su disposición una opción de plan de pago. Se espera que todos los planes de pago se paguen en un plazo de doce meses. Para establecer un plan de pago, por favor llame a la oficina al (302) 375-6746.

## **Políticas de Asistencia y Confirmación de citas**

Es muy importante que confirme su cita cuando el sistema automatizado lo contacte. Contamos con espacio limitado para agendar visitas y no podemos “gastar” espacio en citas que no se presenten. Si usted no confirma su cita, su cita será cancelada. Nosotros reagendaremos citas no confirmadas con los pacientes que necesitan citas.

## **Normas de Asistencia del Paciente**

### ***Llegada tardía a la su Visita***

Un paciente que llega más de 15 minutos para una visita al consultorio de proveedor primario o 15 minutos para una visita al consultorio para el especialista del alergia, asma e inmunología se considera una llegada tardía. La llegada tardía, que no se considera responsabilidad de consultorio, se registrará y se trabajará en el horario lo antes posible, incluyendo la reprogramación a otro día.

### ***No se presentó para la visita a la clínica***

Cualquier paciente que no llegue a una visita programada a la clínica sin cancelar al menos 24 horas antes de la cita programada se considera un “No Show.” A un paciente que no se presenta se le puede cobrar una tarifa de 40 dólares, como se establece en la práctica por no presentarse. Un paciente, establecido que no se presente a tres visitas puede ser expulsado de la clínica. Para pacientes nuevos solo se le permitirá una ausencia antes de ser despedido de la práctica.

## **Norma de Solicitud de formularios para Pacientes**

Basándose en las pólizas de Seguro, a los pacientes que soliciten formularios que no estén relacionados con el control de la enfermedad del paciente (es decir, Plan de Acción contra el Asma, Plan de Acción de Alimentos, etc.) se les cobrará un cargo administrativo de 20 dólares por cada juego de formularios. La tarifa será por cada vez que se solicite que se complete el formulario. Por favor permita un tiempo entrega de una semana.

## **Normas de Solicitud de Renovación de Prescripciones**

Si necesita una renovación de su prescripción entre las visitas de rutina de la clínica, llame a la clínica para avisar a la recepción. Ellos tomarán su información pertinente y la pasarán al proveedor de salud que le recetó el medicamento. Por favor permita un tiempo de respuesta 72 horas para renovaciones de prescripciones. Si una receta no puede ser renovada, recibirá una llamada telefónica para indicárselo.

Si debe acudir a la clínica, es posible que tenga que programar una visita antes de que se pueda ordenar una renovación. Si no puede acudir al consultorio antes de que se le acabe el medicamento y el proveedor de atención médica está legalmente capacitado para hacerlo, se puede emitir una renovación ajustada de la receta hasta la fecha de la visita programada al consultorio.

Al firmar abajo, usted indica que ha leído, entendido y aceptado las normas de Next Century Medical Care, LLC. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

Firma legal molde del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de asimiento del paciente: \_\_\_\_\_

---

Firma del paciente, del tutor o del representante personal

Fecha: \_\_\_\_\_

5.10.2023



## Autorización para difundir información médica protegida

\_\_\_\_\_ autorizo a Next Century Medical Care, LLC a divulgar o discutir información relacionada con mi condición médica (incluyendo información relacionada con mi plan de tratamiento, información médica y/o información de facturación) a las siguientes personas nombradas:

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Nombre Copleto: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

NombreCompleto: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Por favor, tenga en cuenta que a cualquier persona no mencionada en esta lista no se le dará ninguna información relacionada con su cuidado, incluyendo información de facturación. Puede cambiar, restringir o ampliar esta lista en cualquier momento. **No está obligado a incluir ningún nombre en la lista si no lo elige.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de morde del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Phone: (302) 375-6746 Fax: (302) 375-6822

NextCenturyMedicalCare@outlook.com

NextCenturyMedicalCare.com

1400 Philadelphia Pike Suite A4

Wilmington, DE 19809





1400 Philadelphia Pike  
Suite A4  
Wilmington, DE 19809  
Telefono: (302)375-6746  
Fax: (302) 375-6822

## Formulario de consentimiento del paciente para el cumplimiento de la HIPAA

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o revelar información de salud protegida.

El aviso contiene una sección sobre los derechos del paciente que describe sus derechos en virtud de la ley. Con su firma usted se asegura de que ha revisado nuestra notificación antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Tiene derecho a restringir la forma en que se utiliza y divulga su información médica protegida para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, honraremos este acuerdo. La ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago o operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que utilicemos y divulguemos su información médica protegida y para que la utilicemos de forma potencialmente anónima en una publicación. Tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede ser revelada o utilizada para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.
- El consultorio se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permitido por la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con aquellos

restricciones.

- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las revelaciones completas cesarán entonces.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamar, enviar un correo electrónico o un mensaje de texto para confirmar las citas? SI  
NO

¿Podemos dejar un mensaje en el contestador de su casa o en su teléfono móvil? SI  
NO

Este consentimiento fue firmado por: \_\_\_\_\_  
(NOMBRE EN LETRA DE MOLDE, POR FAVOR)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Historial del Paciente Médico

Fecha completada del formulario: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

Razón de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

**Alergias a los medicamentos para usted:** (Incluya una lista si es necesario..)

Nombre de droga	Gravedad (Leve/Moderado/Severo)	Sintomas	Origen (Infancia/ Adulto/ Desconocido)

**Alergias de alimento pra usted:** (Incluya una lista si es necesario.)

Alimentos	Gravedad (Leve/Moderado/Severo)	Sintomas	Origen (Infancia/ Adulto/ Desconocido)

**Alergias ambientales para usted:** (Incluya una lista si es necesario.)

Alérgico-a	Gravedad (Leve/Moderado/Severo)	Sintomas	Origen (Infancia/ Adulto/ Desconocido)

**Todo medicamento que esta tomando:** (Incluya una lista si es necesario.)

Nombre de medicamento	Dosis	¿Con qué frecuencia?	¿Para tartar?

**Historial Familiar (Por favor, marque todo lo que se aplica a su familia biológica.)**

Si es adoptado, por favor, marque aquí.

	Círculo Uno y Indique la edad	Ansiedad	Cancer	Depresión	Diabetes	Enfermadad del corazón	Alta Presión	Infarto	Otros: (Explique)
Madre	Viva Fallecida Edad: _____	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	
Padre	Vivo Fallecido Edad: _____	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	
Hermano	Vivo-s Fallecido-s Edad: _____	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	
Hermana	Viva- s Fallecida- s Edad: _____	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	
Materna Abuela	Viva Fallecida Edad: _____	Si /No	Si /No	Si /No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	
Materna Abuelo	Vivo Fallecido Edad: _____	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	
Paterno Abuela	Viva Fallecida Edad: _____	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	
Paterno Abuelo	Vivo Fallecido Edad: _____	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	

**Cuidado preventivo para usted:**

<b>Pruebas/Cuidado</b>	<b>La fecha de la última vez que se realizó</b>
Escaneo de densidad ósea	
Colonoscopia	
Examinación de los ojos	
Mammografía	
La prueba de Papanicolaou	
Prueba de la Próstata	
Prueba de azúcar de la hemoglobina	

**Historial social para usted:**

**Occupación :** \_\_\_\_\_

**Empleo:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:**    Soltero-a       Casado-a       Divorciado-a    Separado-a    Viuda-o

**Numero de niños:** \_\_\_\_\_

**Uso de tabacco:**    Si/No    Tipo: \_\_\_\_\_    Cantidad: \_\_\_\_\_    Por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

**Exposición al tabaco de segunda mano:**    Si/No    Donde: \_\_\_\_\_

**Vaping:**    Si/No    Tipo: \_\_\_\_\_    Cantidad: \_\_\_\_\_    Por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

**Uso de Alcohol:**    SI/No       Tipo(s): \_\_\_\_\_    Cantidad: \_\_\_\_\_

Por cuanto tiempo : \_\_\_\_\_

**Dependencia de drogas ilícitas:**    Si/No    Tipo: \_\_\_\_\_    Cantidad: \_\_\_\_\_

For how long: \_\_\_\_\_

**Uso de Sustancias Controladas:**    Si/No    Tipo(s): \_\_\_\_\_    Cantidad: \_\_\_\_\_

Por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

**Vacunas:**

<b>Imunizacion</b>	<b>Fecha de cuando fue administrada</b>
Flu (Influenza)	
Pneumonia (Pneumovax 23)	
Pneumonia (Pevnar 13)	
Tetanus Diphtheria w/ or w/o Pertussis (Td/Tdap)	
Culebrilla (Zostavax/Shingrix)	

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

## HERRAMIENTA DE RIESGO OPIOIDE

		Marque cada casilla que corresponda	Puntaje del ítem si es mujer	Item Score If Male
1. Historia familiar de abuso de sustancias	Alcohol	[ ]	1	3
	Illegal Drugs	[ ]	2	3
	Prescription Drugs	[ ]	4	4
2. Historia personal del abuso de sustancias	Alcohol	[ ]	3	3
	Illegal Drugs	[ ]	4	4
	Prescription Drugs	[ ]	5	5
3. Edad (marque la casilla si es 16 - 45)		[ ]	1	1
4. History of Preadolescent Sexual Abuse		[ ]	3	0
5. Psychological Disease	Attention Deficit Disorder	[ ]	2	2
	Obsessive Compulsive Disorder			
	Bipolar Schizophrenia			
	Depression	[ ]	1	1
<b>TOTAL</b>		[ ]		
<b>Total Score Risk Category</b>	Low Risk 0 – 3	Moderate Risk 4 – 7	High Risk $\geq 8$	

## CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?  
(Marque con un " " para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

=Total Score: \_\_\_\_\_

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil <input type="checkbox"/>	Un poco difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>
------------------------------------------------	---------------------------------------------	-----------------------------------------	----------------------------------------------------

## GAD-7

**Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?**

**Ningún día**

**Varios días**

**Más de la mitad de los días**

**Casi todos los días**

*(Marque con un " " para indicar su respuesta)*

1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

**(For office coding: Total Score T\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ )**

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.