

Case #: _____

DOB: / /

Patient's Name: _____

Race: Caucasian Hispanic African American Asian
 Other Multiracial

Address: _____

Age

Provide Domestic Violence Assessment

Provide Mental Health Education

Provide tobacco intervention and/or substance abuse assessment

Patient's Phone #: _____

Parents	¿Alguno de sus padres han tenido problemas con el uso de drogas o alcohol?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
	¿Tiene su pareja algún problema con el uso de drogas o el alcohol?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes		
Partner	¿Se ha sentido alguna vez sin control o desamparada?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes		
	¿Su pareja la amenaza con castigarla o hacerle daño físico?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes		
	¿En las últimas dos semanas, se ha sentido decaída, deprimida o sin esperanza?	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes	
Past	¿En las últimas dos semanas, se ha sentido con poco interés o placer en hacer las cosas?	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes	
	En el mes antes que usted supiera que estaba embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumó?	<input type="checkbox"/> None			<input type="checkbox"/> Any
Pregnancy	En el mes antes que usted supiera que estaba embarazada, ¿cuánto vino, cerveza, o licor tomó?	<input type="checkbox"/> None			<input type="checkbox"/> Any
	En el mes antes que usted supiera que estaba embarazada, ¿cuánto marihuana fumó?	<input type="checkbox"/> None			<input type="checkbox"/> Any

Follow-up Questions to 4P's Plus

1. Y en el mes pasado, por lo general, ¿cuántos días a la semana tomó cerveza, vino, o licor?

No tomé Todos los días 3 a 6 días a la semana 1 o 2 días a la semana Menos de 1 día a la semana

2. Durante el mes antes que usted supiera que estaba embarazada, por lo general, ¿cuántos días a la semana usó alguna droga como cocaína, heroína, o metanfetamina?

No usé ninguna droga Todos los días 3 a 6 días a la semana 1 o 2 días a la semana Menos de 1 día a la semana

3. Y en el mes pasado, por lo general, ¿cuántos días a la semana usó marihuana?

No usé marihuana Todos los días 3 a 6 días a la semana 1 o 2 días a la semana Menos de 1 día a la semana

4. Y en el mes pasado, por lo general, ¿cuántos días a la semana usó alguna droga como cocaína, heroína, o metanfetamina?

No usé ninguna droga Todos los días 3 a 6 días a la semana 1 o 2 días a la semana Menos de 1 día a la semana

5. Y en el mes pasado, por lo general, ¿cuántos días a la semana fumó cigarrillos?

No fumé cigarrillos Todos los días 3 a 6 días a la semana 1 o 2 días a la semana Menos de 1 día a la semana

If "Any", complete the follow-up questions



Intervention and Referrals Made: Check all that apply

Refer for further evaluation

Referrals Offered

- Brief Intervention ("I Am Concerned")
- Domestic Violence
- Tobacco Cessation
- Substance Abuse Treatment
- Mental Health

Referral Accepted?

- Yes No
- Yes No
- Yes No
- Yes No
- Yes No

Services not available

-
-
-
-
-

Date: / /

Organización/Programas: _____
 Nombre de Evaluador: _____
 Nombre del Supervisor: _____
 Correo electrónico del supervisor: _____
 Condado: _____

Other, Specify: _____
 Copyright 2012, NTI Upstream. All rights reserved.