

Envíe por fax la información de remisión a su equipo de BounceBack: (905) 430-1768

FORMULARIO DE REMISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

Se deben completar todos los campos

BounceBack® es un programa gratuito para personas de 15 años o más que experimentan depresión leve a moderada, con o sin ansiedad. Asesores comunitarios asisten al cliente por teléfono a través de un breve programa de autoayuda basado en libros, que se diseñó para mejorar la salud mental.

Remitente: Médico de atención primaria (médico/enfermero practicante) Auto-remisión Psiquiatra

Nombre del paciente: _____

Género: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono (Casa): _____
(MM / DD / AAAA) Teléfono (Celular): _____

Método de contacto de preferencia:

Correo electrónico Teléfono Texto

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código postal: _____ Correo electrónico: _____

MOA: Aplique la impresión o etiqueta de dirección del paciente de forma legible

¿Podemos dejarle un mensaje de voz confidencial? Sí No

ES OBLIGATORIO COMPLETAR ESTA SECCIÓN PARA QUE SE PROCESA LA REMISIÓN

1. ¿La persona:

- | Sí | No | Sí | No |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tenga capacidad para participar de forma activa y concentrarse en los materiales de TCC? | | Hay la manía grave o la psicosis? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Activamente tiene pensamientos de suicidio o ha intentado de suicidarse en las últimas 6 meses? | | Tenga un trastorno de la personalidad? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presenta riesgo alto de lesionarse a sí misma o a otros? | | Consuma alcohol o drogas de forma excesiva que impediría la participación con el tratamiento de TCC? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Confirmando que esta remisión no está siendo enviado directamente por una sala de emergencia o una unidad psiquiátrica de pacientes hospitalizados | | | |

Tenga en cuenta que la responsabilidad profesional del paciente siempre recae en el médico de atención primaria.

3. Ofrecemos el asesoramiento en varios idiomas aparte de inglés. Por favor, identifique el idioma preferido de su paciente:

2. Incluya la puntuación del Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9):

(consulte el reverso del PHQ-9)

4. La persona recibe medicamentos para lo siguiente:

Depresión Sí No
Ansiedad Sí No

Datos del médico de atención primaria:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ N.º de CPSO (o N.º de CNO) _____

Envíe por fax la información de remisión a su equipo de BounceBack: (905) 430-1768

PHQ-9 – Pregunte al paciente lo siguiente:

En las **últimas 2 semanas**, ¿con qué frecuencia se ha sentido afectado por los siguientes problemas?

(Use “✓” para indicar la respuesta)

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer algo	0	1	2	3
2. Desánimo, depresión, desesperanza	0	1	2	3
3. Dificultad para conciliar el sueño o para seguir durmiendo, o bien dormir demasiado	0	1	2	3
4. Cansancio o poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comer de más	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo o sentir que es un fracasado, o que se ha decepcionado a sí mismo o a la familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en lo que hace, como leer las noticias o mirar televisión	0	1	2	3
8. Hacer cosas con lentitud o hablar de forma tan pausada que otras personas perciben el cambio. O bien, lo contrario: mostrarse tan inquieto o agitado que ha hecho mucho más que lo usual	0	1	2	3
9. Pensar que sería mejor estar muerto o pensar en autolesionarse	0	1	2	3
	_____	+ _____	+ _____	+ _____
	= puntuación total: _____			

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 Un poco difícil Muy difícil Extremadamente difícil