

**INFORMACIÓN PARA SU MÉDICO**

*La salud física y emocional van juntas. Usted puede ayudarnos a proporcionarle el mejor cuidado de salud posible respondiendo a estas preguntas. Por favor circule la casilla que mejor lo describa. Si no desea responder a una pregunta, puede dejarla en blanco.*

Su nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<i>PHQ-2+1</i> <i>Por favor circule la casilla que mejor lo describa durante las últimas dos semanas.</i>	<b>Ningún día</b>	<b>Varios días</b>	<b>Más de la mitad de los días</b>	<b>Casi todos los días</b>	
1. Poco interés o placer en hacer cosas	(0)	(1)	(2)	(3)	(3)
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	(0)	(1)	(2)	(3)	(3)
3. ¿Ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera?	(0)	(1)	(2)	(3)	(3)
<b>AUDIT, NM-ASSIST</b> <i>Por favor circule la respuesta que mejor describa su uso de alcohol o drogas. Las drogas incluyen todo tipo de drogas callejeras, marihuana, metanfetamina, cocaína o medicamentos recetados como tranquilizantes o analgésicos que no se toman según las indicaciones de su médico.</i>					
1. ¿Con qué frecuencia bebe alcohol?	Nunca  0	Una vez al mes o menos  1	2 - 4 veces al mes  2	2-3 veces por semana  3	4 o más veces por semana  4
2. ¿Cuántas bebidas de alcohol consume en un día típico (deje en blanco si no bebe alcohol)?	1 o 2 bebidas al día  0	3 o 4 bebidas al día  1	5 o 6 bebidas al día  2	7 o 9 bebidas al día  3	10 o más bebidas al día  4
3. <i>En el último año, ¿usted consumió 6 o más bebidas * de alcohol en un día si usted es varón; 5 o más si es mujer? * Una bebida significa 12 oz. De cerveza, 1.5 oz. De licor o 5 oz. de vino</i>	Nunca  0	Menos de una vez al mes  1	Mensual-mente  2	Semanal-mente  3	Diario o casi a diario  4
4. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha usado marihuana, otras drogas o uso de medicamentos recetados que no fueron para uso médicos?	Nunca  0	Menos de una vez al mes  2	Mensual-mente  3	Semanal-mente  4	Diario o casi a diario  6
5. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido un fuerte deseo o ansias de consumir alcohol o drogas?	Nunca  0	Menos de una vez al mes  3	Mensual-mente  4	Semanal-mente  5	Diario o casi a diario  6
6. En los últimos 3 meses, ¿su consumo de alcohol o drogas ha provocado problemas de salud, sociales, legales o financieros?	Nunca  0	Menos de una vez al mes  4	Mensual-mente  5	Semanal-mente  6	Diario o casi a diario  7
7. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha fallado en hacer lo que normalmente se esperaba de usted por su uso de alcohol o drogas?	Nunca  0	Menos de una vez al mes  5	Mensual-mente  6	Semanal-mente  7	Diario o casi a diario  8

A¿Está actualmente recibiendo servicios de un psicólogo, un programa de abuso de sustancias o consejero, y / o un programa de salud mental o consejero? (Circule su respuesta)

SI	NO
----	----

The comprehensive screening tools were developed as a way to provide a quick measure of mental health and substance abuse issues in the primary care setting. Areas covered: substance abuse, depression, anxiety and familial relations. The backside of the forms allow for fast documentation for the medical record. The scoring instructions below correspond with the appropriate sections on each of the tools.

**Adult Behavioral Health Screener**

**PHQ – Patient Health Questionnaire 2+1 (initial Depression and Anxiety Screen)**

1. Sum items 1 & 2. If total is  $\geq 3$  then result is a positive screen. Recommend completing PHQ-9, which is provided in the toolkit to further assess depressive symptoms.\*
2. If item 3 is endorsed  $\geq 1$  then result is a positive screen and warrants further assessment.

**AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test (Alcohol Screen)**

3. Sum items 1, 2 & 3. If total  $\geq 5$  then result is a positive screen and warrants further assessment.

**NM-ASSIST – National Institute Drug Abuse Modified Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test**

4. Drug Use – If Item 4 is endorsed as “Daily or Almost Daily” then result is a positive screen and warrants further assessment.

5. Alcohol and Drug Functional Impairment – Sum items 5, 6 & 7. If total is  $\geq 15$  then result is a positive screen and warrants further assessment.

**Conversation Starter Questions**

6. The last question was included to assist with making appropriate referrals for further behavioral health and/or substance use assessment.

**Screening Instructions**

1. Client (or guardian for children) completes the screening tool as part of their regular visit paperwork.
2. PCP and/or office staff calculates the score.
3. If screen is positive, PCP will discuss results with member and refer for a full assessment if needed.
4. PCP completes documentation side of the tool to place in the medical record.
5. PCP’s office bills procedure code – 96160 – in addition to their E & M code.

*\*Optional: PHQ-9 (follow-up depression screen located in toolkit provided)  
Sum items 1-9 to determine severity of depressive symptoms  
1-4 Minimal symptoms  
5-9 Mild symptoms  
10-14 Moderate symptoms  
15-19 Moderately severe symptoms  
20-27 Severe symptoms  
If item 9 is endorsed  $\geq 1$  then result is a positive screen and warrants further assessment.  
Item 10 provides estimate of functional impairment.*

Patient's Name: \_\_\_\_\_

Screening Date: \_\_\_\_\_

**Screening Results**

PHQ-2 for depression was

- Negative
- Positive
- Positive for suicidal ideation

AUDIT for alcohol use was

- Negative
- Positive

Drug use screen was

- Negative
- Positive

Symptoms endorsed on patient's drug and alcohol screen \_\_\_\_\_ in functional impairment.

- Do not result
- Result

Patient currently followed by a mental health provider

- No
- Yes – Provider is \_\_\_\_\_

**Screening Summary**

Patient's overall screen was:

- Negative.
- Positive, but patient is already followed by a mental health provider.
- Positive and warrants further monitoring.
- Positive and warrants further assessment.

**Intervention**

- Reviewed screening results with patient/family.
- Discussed with patient/family impact of screening results on patient's health & need for:
  - Continued monitoring of patient's symptoms.
  - Further assessment by a behavioral health provider.
  - Patient to follow up with patient's current mental health provider.
- Patient/family given copy of screening results.

**Referral**

- No referral made at this time.
- Referred patient to in-house Behavioral Health/Pediatric Psychology service for further assessment and treatment recommendations.
- Referred patient to \_\_\_\_\_
- Patient/family has appointment \_\_\_\_\_
- Patient/family given contact number 1-800-652-2010 to call for assistance with locating a behavioral health provider to conduct further assessment.

**Comments**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_