

# CUESTIONARIO DE DESÓRDENES PSIQUIÁTRICOS

Para ser completado por el médico tratante  
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE MOLDE)



## 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

|                     |              |        |         |
|---------------------|--------------|--------|---------|
| Nombre              | Apellido     | Nombre | Inicial |
| Fecha de nacimiento | DD / MM / AA |        |         |

## 2. INFORMACIÓN MÉDICA

Diagnóstico (marque todos los que corresponden)

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad generalizada     | <input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo-compulsivo | <input type="checkbox"/> Trastorno de pánico        |
| <input type="checkbox"/> Depresión leve o moderada | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar             | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia              |
| <input type="checkbox"/> Depresión severa          | <input type="checkbox"/> TDAH / TDA                    | <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/> |

Por favor describa los síntomas del paciente, la frecuencia, severidad y condición actual:

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Fecha del primer síntoma |  |
| DD / MM / AA             |  |
| Fecha del último síntoma |  |
| DD / MM / AA             |  |

¿Está o estuvo el paciente tomando medicamentos para tratar esta condición?  Sí  No  
Si responde "Sí", por favor indique el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia de uso.

|              |  |
|--------------|--|
| Desde        |  |
| DD / MM / AA |  |
| Hasta        |  |
| DD / MM / AA |  |

¿Consulta el paciente a un médico/psiquiatra por esta condición?  Sí  No Si responde "Sí", por favor indique la frecuencia.

¿Ha recibido el paciente terapia o consejo psicológico para tratar esta condición?  Sí  No  
Si responde "Sí", por favor indique la frecuencia y la fecha de la última sesión.

|  |       |              |
|--|-------|--------------|
|  | Fecha | DD / MM / AA |
|--|-------|--------------|

¿Qué otros tratamientos ha recibido el paciente relacionados con esta condición? (marque todos los que corresponden)

| Fecha        | Tratamiento   |
|--------------|---|
| DD / MM / AA | <input type="checkbox"/> Visita(s) a la sala de emergencias |
| DD / MM / AA | <input type="checkbox"/> Hospitalización                    |
| DD / MM / AA | <input type="checkbox"/> Internación psiquiátrica           |
| DD / MM / AA | <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>         |

¿Ha tenido el paciente pensamientos suicidas o intentos de suicidio?  Sí  No  
Si responde "Sí", por favor indique la fecha.

|       |              |  |
|-------|--------------|--|
| Fecha | DD / MM / AA |  |
|-------|--------------|--|

¿Haya alguna información adicional relevante que no se haya mencionado anteriormente?  Sí  No  
Si responde "Sí", por explique.

### 3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

|                    |  |       |                |
|--------------------|--|-------|----------------|
| Nombre             |  |       |                |
| Dirección          |  |       |                |
| Teléfono           |  | Fax   |                |
| Correo electrónico |  |       |                |
| Firma              |  | Fecha | DD / MM / AAAA |

Regulado y supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

**Bupa Panamá, S.A.**

P.H. Prime Time, Piso 25, Oficina 25B, Costa del Este, Ave. La Rotonda • Panamá, República de Panamá  
Tel: (507) 321 6200 • Fax: (507) 830 5212 • [www.bupalud.com/MiBupa](http://www.bupalud.com/MiBupa)