

Examen de Salud Conductual para Adultos

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: _____

PHQ-2+1 Por favor, circule la respuesta que mejor le describa durante las últimas dos semanas	Para nada	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 pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera?	(0)	(1)	(2)	(3)

AUDIT, NM-ASSIST

Por favor circule la respuesta que mejor describa su uso de alcohol o drogas. Las drogas incluyen todo tipo de drogas de la calle, marihuana, metanfetamina, cocaína o medicamentos recetados como tranquilizantes o analgésicos que no se toman según las indicaciones de su médico.

1. ¿Con qué frecuencia consume alcohol?	Nunca 0	Al mes o menos 1	2 - 4 veces al mes 2	2-3 veces por semana 3	4 or 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 a 9 bebidas al día 3	10 o más bebidas al día 4



ADDRESS

4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105



WEBSITES

oklahoma.gov/ohca
mysoonerCare.org



PHONE

Admin: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767

SoonerCare

3. En el último año, ¿usted consumió 6 o más bebidas * de alcohol en un día si usted es hombre; 5 o más si es mujer? * Una bebida significa 12 oz. De cerveza, 1.5 oz. De licor o 5 oz. de vino	Nunca 0	Menos del mes 1	Mensual 2	Semanal 3	Diariamente o casi a diario 4
4. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha usado marihuana, otras drogas o el uso de medicamentos recetados que no fueron para uso médicos?	Nunca 0	Menos del mes 2	Mensual 3	Semanal 4	Diariamente 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 del mes 3	Mensual 4	Semanal 5	Diariamente 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 del mes 4	Mensual 5	Semanal 6	Diariamente 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 debido a su consumo de alcohol o drogas?	Nunca 0	Menos del mes 5	Mensual 6	Semanal 7	Diariamente o casi a diario 8

¿Recibe actualmente servicios de un psicólogo, un programa de abuso de sustancias o consejero, y / o un programa de salud mental o consejero?

(Circule su respuesta)

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------



ADDRESS

4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105



WEBSITES

oklahoma.gov/ohca
mysoonerCare.org



PHONE

Admin: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767

The comprehensive screening tools were developed 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 allows 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 ≥ 3 then result is a positive screen. Recommend completing PHQ-9 to further assess depressive symptoms.
2. If item 3 is endorsed ≥ 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 ≥ 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 ≥ 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.



ADDRESS

4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105



WEBSITES

oklahoma.gov/ohca
mysoonerCare.org



PHONE

Admin: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767

Patient's Name: _____

Screening Date: _____

Screening Results

PHQ-2 for depression was: Negative Positive Positive for suicidal ideation

AUDIT for alcohol use: Negative Positive

Drug use screen was: Negative Positive

Symptoms endorsed on patient's drug and alcohol screen _____ in functional impairment: Do not result Result

Result Patient currently followed by a mental health:

No Yes-Provider is _____

Screening Summary

Patient's overall screen was

Negative

Positive, but patient is already followed by a mental health provider.

Provider and warrants further monitoring.

Positive and warrants further assessment

Intervention

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:



ADDRESS

4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105



WEBSITES

oklahoma.gov/ohca
mysoonerCare.org



PHONE

Admin: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767