

Mi Plan de Prevención de Recaídas

Nombre: _____ Última fecha de revisión: _____

Aprovecha al máximo su plan

- Hacer que el plan sea fácil de encontrar.
- Revisar con frecuencia y actualizar según sea necesario.
- Evaluar los síntomas regularmente.
- Entender cómo y cuándo comunicarse con su equipo.

Mantendré mi plan: _____

Compartiré mi plan con: _____

Voy a revisar mi plan: _____

Señales de advertencia personales

1. _____
2. _____
3. _____
4. Mi puntuación **PHQ-9** es ____ o más alto.
Y/o
Mi puntuación **GAD-7** es ____ o más alto.

Medicamentos de Mantenimiento

1. _____ Dosis/con qué frecuencia:
Tomar al menos hasta: _____
2. _____ Dosis/con qué frecuencia:
Tomar al menos hasta: _____
3. _____ Dosis/con qué frecuencia:
Tomar al menos hasta _____

Llama a su doctor/a primaria o BHCM con preguntas.

Cosas que me ayudan a sentirme mejor

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Tratamientos

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Si síntomas regresen, puedo contactar

Doctor/a
Primaria: _____
El teléfono: _____
BHCM: _____
El teléfono: _____
La próxima cita: _____
Con: _____

Para apoyo en caso de crisis, comuníquese con la Línea Nacional de Prevención del Suicidio en cualquier momento del día: 988, <https://suicidepreventionlifeline.org/help-yourself/en-espanol/>

Evaluar los Síntomas Regularmente

Use las herramientas a continuación para evaluar los síntomas. Compare las puntuaciones con mis ‘señales de advertencia personales’ puntuaciones en la página 1.

PHQ-9

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Agregar Columnas Total				
10. 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?				
<input type="radio"/> No ha sido difícil	<input type="radio"/> Un poco difícil	<input type="radio"/> Muy difícil	<input type="radio"/> Extremadamente difícil	

GAD-7

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Agregar Columnas Total				
8. 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?				
<input type="radio"/> No ha sido difícil	<input type="radio"/> No ha sido difícil	<input type="radio"/> No ha sido difícil	<input type="radio"/> No ha sido difícil	

