

Al completar este breve cuestionario nos ayudará a brindar servicios que se adapten a sus necesidades. Responda cada pregunta lo mejor posible y revise las respuestas con su terapeuta. Favor de llenar los círculos así: ●

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|----------------------------|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|
| Apellido de Cliente   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Primer Nombre          |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  | Fecha de Nacimiento |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |
| No. de Identificación   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | No. de Autorización    |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |
| Nombre del Terapeuta: (Apellido, Nombre)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  | Fecha Actual               |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |
| Identificación del Terapeuta  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Teléfono del Terapeuta |  |  |  |  |  | Estado                     |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |
| Visita No. : <input type="radio"/> 1 o 2 <input type="radio"/> 3 a 5 <input type="radio"/> Otro |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  | MRef <input type="radio"/> |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |

**Para las preguntas 1-16, tenga en cuenta las experiencias que ha tenido durante la semana pasada**

**¿Cuanto le molestaron los siguientes problemas?**      *Nada en Absoluto*      *Un Poco*      *Algo*      *Mucho*

|  |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Nerviosismo o temblores                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Sentimiento de tristeza o melancolía        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Sentimiento de desesperanza hacia el futuro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Sentir que todo es un esfuerzo              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Falta de interés en las cosas               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Latidos del corazón fuertes o acelerados    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Problemas para dormir                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Sentimiento de temor o miedo                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Dificultades en el hogar                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Dificultades en el aspecto social          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Dificultades en el trabajo o la escuela    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**¿En qué medida está de acuerdo con lo siguiente?**

|  |                         |                         |                            |                             |
|--|-------------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------------------|
|  | <i>En Acuerdo Total</i> | <i>Estoy de Acuerdo</i> | <i>No Estoy de Acuerdo</i> | <i>En Total Desacuerdo</i>  |
| 12. Me siento bien conmigo mismo   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>       |
| 13. Puedo manejar mis problemas  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>       |
| 14. Puedo lograr lo que me propongo  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>       |
| 15. Puedo contar con la ayuda de amigos y de la familia                        | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>       |
| 16. Durante la semana pasada, ¿cuántos tragos de bebidas alcohólicas consumió? |                         |                         |                            | <input type="text"/> Tragos |

**Responda las siguientes preguntas únicamente si ésta es la primera vez que completa este cuestionario.**

17. En general, usted consideraría que su salud es:      Excelente      Muy Buena      Buena      Regular      Mala
18. Indique si padece de un problema médico grave o crónico:  
 Asma     Diabetes     Cardiopatía     Dolor de Espalda u otro Dolor Cronico     Otro problema medico
19. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces visitó a un médico?       Ninguna     1     2-3     4-5     6+
20. Durante el mes pasado, ¿cuántos días no pudo usted trabajar a causa de su salud física o mental?       Días  
*(responda únicamente si está empleado)*
21. Durante el mes pasado, ¿cuántos días trabajó pero su rendimiento se vio reducido debido a su salud física o mental?       Días  
*(responda únicamente si está empleado)*
22. Durante el mes pasado, ¿sintió que debería reducir su consumo de alcohol o de drogas?       Sí     No
23. Durante el mes pasado, ¿le molestó alguna vez que la gente lo criticara por su consumo de alcohol o de drogas?       Sí     No
24. Durante el mes pasado, ¿se sintió mal o culpable acerca de su consumo de alcohol o de drogas?       Sí     No

