

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 _____ *MRef*

Visita No. : 1 o 2 3 a 5 Otro

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

¿Cuanto le molestaron los siguientes problemas?	<i>Nada en Absoluto</i>	<i>Un Poco</i>	<i>Algo</i>	<i>Mucho</i>
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

