

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: **GARCIA**, Primer Nombre: **JUAN**, Fecha de Nacimiento: **01 / 02 / 56**

No. de Identificación: **789456123**, No. de Autorización: **C32B1A-01**

Nombre del Terapeuta: (Apellido, Nombre): **VALDEZ, VINCENTE**, Fecha Actual: **06 / 14 / 07**

Identificación del Terapeuta: **412301011**, Teléfono del Terapeuta: **888 555 - 3222**, Estado: **TX** 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?	Nada en Absoluto	Un Poco	Algo	Mucho
1. Nerviosismo o temblores	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sentimiento de tristeza o melancolía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sentimiento de desesperanza hacia el futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sentir que todo es un esfuerzo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Falta de interés en las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Latidos del corazón fuertes o acelerados	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Problemas para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sentimiento de temor o miedo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Dificultades en el hogar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Dificultades en el aspecto social	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Dificultades en el trabajo o la escuela	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿En qué medida está de acuerdo con lo siguiente?	En Acuerdo Total	Estoy de Acuerdo	No Estoy de Acuerdo	En Total Desacuerdo
12. Me siento bien conmigo mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Puedo manejar mis problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Puedo lograr lo que me propongo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Puedo contar con la ayuda de amigos y de la familia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Durante la semana pasada, ¿cuántos tragos de bebidas alcohólicas consumió?				<input type="text" value="1"/> 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

