

### Cuestionario para adultos: versión 1

Complete este cuestionario de la manera más completa posible para que podamos comprender mejor cómo ayudarlo el día de hoy.

Nombre preferido: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Pronombres preferidos: \_\_\_\_\_

Identidad de género preferida: \_\_\_\_\_

¿Por qué decidió acudir a recibir servicios hoy? ¿Cómo espera que podamos ayudarlo?

¿Recibió hoy una remisión para los servicios (es decir por parte de la escuela, el médico, un hospital, la policía, la libertad condicional, el tribunal, etc.)?

No  Sí: En caso afirmativo, ¿quién hizo la remisión?

### SALUD MENTAL

Describa cualquier síntoma o problema de salud mental que haya padecido en el último mes:

¿Alguna vez ha sido diagnosticado o ha recibido tratamiento para uno de los siguientes trastornos de salud mental?

No  Sí (Marque todas las opciones que correspondan).

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="radio"/> Trastorno de ansiedad                             | <input type="radio"/> Depresión                    | <input type="radio"/> Trastorno de estrés postraumático | <input type="radio"/> Discapacidad intelectual    |
| <input type="radio"/> Trastorno de déficit de atención e hiperactividad | <input type="radio"/> Trastorno alimentario        | <input type="radio"/> Esquizofrenia                     | <input type="radio"/> Discapacidad del desarrollo |
| <input type="radio"/> Trastorno bipolar                                 | <input type="radio"/> Trastorno de la personalidad | <input type="radio"/> Trastorno esquizoafectivo         | <input type="radio"/> Otro: _____                 |

¿Ha recibido o recibe alguno de los siguientes servicios o tratamientos?  No  Sí (Marque todas las opciones que correspondan).

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Servicios ambulatorios                               | <input type="radio"/> Servicios intensivos para pacientes ambulatorios | <input type="radio"/> Tratamiento para agresores sexuales     |
| <input type="radio"/> Desarrollo de habilidades para la salud mental       | <input type="radio"/> Programa de Hospitalización Parcial              | <input type="radio"/> Tratamiento para la violencia doméstica |
| <input type="radio"/> Servicios de estabilización móvil en casos de crisis | <input type="radio"/> Hospitalización psiquiátrica                     | <input type="radio"/> Otro: _____                             |
| <input type="radio"/> Unidad de estabilización en casos de crisis          | <input type="radio"/> Manejo de la ira                                 |   |

**En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa, ¿dónde ha recibido tratamiento?**

Fecha aproximada de ingreso o alta	Nombre del proveedor, de la oficina o del establecimiento

**¿Ha presenciado alguno de los siguientes eventos traumáticos en su vida?**  No  Sí (Marque todas las opciones que correspondan).

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="radio"/> Abuso verbal           | <input type="radio"/> Negligencia                                    | <input type="radio"/> Accidente automovilístico grave                      | <input type="radio"/> Violencia doméstica       |
| <input type="radio"/> Abuso emocional        | <input type="radio"/> Acoso escolar                                  | <input type="radio"/> Accidente industrial                                 | <input type="radio"/> Crimen violento           |
| <input type="radio"/> Abuso físico           | <input type="radio"/> Padre o madre adictos                          | <input type="radio"/> Lesión en la cabeza/lesión cerebral traumática (TBI) | <input type="radio"/> Violencia en la comunidad |
| <input type="radio"/> Abuso sexual           | <input type="radio"/> Muerte de los progenitores durante la infancia | <input type="radio"/> Suicidio   | <input type="radio"/> Homicidio                 |
| <input type="radio"/> Violación/abuso sexual | <input type="radio"/> Aborto espontáneo                              | <input type="radio"/> Comportamientos de autolesión                        | <input type="radio"/> Catástrofe natural        |
| <input type="radio"/> Otro: _____            |  |  |   |

### **CONSUMO DE SUSTANCIAS**

**Indique a continuación si ha consumido o consume las siguientes sustancias:**

Tipo de sustancias	¿Qué cantidad?	¿Con qué frecuencia?	¿Cómo lo consume? (con humo, vía oral, por inhalación, ingestión, por vía intravenosa [IV])	Edad que tenía la primera vez que consumió	Fecha de la última vez que consumió
<input type="radio"/> Tabaco o nicotina					
<input type="radio"/> Alcohol					
<input type="radio"/> Marihuana					
<input type="radio"/> Éxtasis/«Molly», dietilamida del ácido lisérgico (LSD), fenciclidina (PCP), cannabinoides sintéticos, hongos u otros alucinógenos					
<input type="radio"/> Anfetamina/«anfeta»					
<input type="radio"/> Cocaína/«crack»					
<input type="radio"/> Heroína					
<input type="radio"/> Metadona/Suboxone (no recetado)					
<input type="radio"/> Opiáceos					
<input type="radio"/> Benzodiacepinas (Xanax, Ativan, Klonopin)					
<input type="radio"/> Barbitúricos (Fioricet, Seconal, Tuinal, etc.)					
<input type="radio"/> Otro: (Gabapentina o Neurontin, inhalantes, etc.)					

**¿Alguna vez ha recibido alguno de los siguientes tratamientos?**  No  Sí (Marque todas las opciones que correspondan).

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Servicios ambulatorios                           | <input type="radio"/> Centro de recuperación/Oxford House  | <input type="radio"/> Tratamiento residencial |
| <input type="radio"/> Servicios intensivos para pacientes ambulatorios | <input type="radio"/> Desintoxicación para paciente internado  | <input type="radio"/> Otro: _____             |
| <input type="radio"/> Programa de Hospitalización Parcial              | <input type="radio"/> Tratamiento asistido por medicación (es decir, metadona, naltrexona, suboxone, vivitrol) |   |

En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa, ¿dónde ha recibido tratamiento?

Fecha aproximada de ingreso o alta	Nombre del proveedor, de la oficina o del establecimiento

¿Alguien le ha expresado inquietud ante su uso de sustancias?  No  Sí

¿Considera que tiene un problema de consumo de sustancias?  No  Sí

¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia causado por las sustancias que consume o consumía?  No  Sí

(Marque todas las opciones que correspondan).

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="radio"/> Convulsiones       | <input type="radio"/> Temblores/escalofríos | <input type="radio"/> Sudor                      | <input type="radio"/> Diarrea/deposiciones con sangre |
| <input type="radio"/> «Delirium Tremens» | <input type="radio"/> Dolores musculares    | <input type="radio"/> Mayor tolerancia           | <input type="radio"/> Otro: _____                     |
| <input type="radio"/> Alucinaciones      | <input type="radio"/> Náuseas/vómitos       | <input type="radio"/> Patrón de consumo excesivo |   |

### ANTECEDENTES GENERALES Y MÉDICOS

¿Padece alguna afección médica crónica?  No  Sí (Marque todas las opciones que correspondan).

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="radio"/> Enfermedad de Alzheimer                          | <input type="radio"/> Anemia   | <input type="radio"/> Artritis                  | <input type="radio"/> Asma                                 |
| <input type="radio"/> Trastorno sanguíneo/células falciformes          | <input type="radio"/> Trastornos intestinales/síndrome del intestino irritable (SII) | <input type="radio"/> Cáncer                    | <input type="radio"/> Enfermedad cardíaca                  |
| <input type="radio"/> Dolor crónico                                    | <input type="radio"/> Fatiga crónica   | <input type="radio"/> Demencia                  | <input type="radio"/> Afección odontológica                |
| <input type="radio"/> Diabetes   | <input type="radio"/> Epilepsia  | <input type="radio"/> Fibromialgia              | <input type="radio"/> Hepatitis A, B o C                   |
| <input type="radio"/> Dolores de cabeza/migrañas                       | <input type="radio"/> Pérdida de la audición   | <input type="radio"/> Hiper o hipotiroidismo    | <input type="radio"/> Presión arterial alta o baja         |
| <input type="radio"/> Colesterol alto                                  | <input type="radio"/> Enfermedad renal   | <input type="radio"/> Hipoglucemia              | <input type="radio"/> Enfermedad de Lyme                   |
| <input type="radio"/> Enfermedad hepática                              | <input type="radio"/> Pancreatitis   | <input type="radio"/> Distensión muscular       | <input type="radio"/> Infarto de miocardio/ataque cardíaco |
| <input type="radio"/> Úlceras estomacales/problemas gastrointestinales | <input type="radio"/> Embarazo   | <input type="radio"/> Accidente cerebrovascular | <input type="radio"/> Enfermedad de transmisión sexual     |
| <input type="radio"/> Otro: _____                                      |  |   |  |

¿Actualmente toma medicaciones recetadas?  No  Sí

En caso afirmativo, indíquelos a continuación o proporcione una copia del registro de administración de la medicación.

Medicamento	Fecha de inicio	Dosis y frecuencia	Razones	Proveedor	¿Es de ayuda? Sí/No

¿Algunos de los síntomas mencionados han afectado a las siguientes áreas de su vida?  No  Sí (Marque todas las opciones que correspondan).

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="radio"/> Prácticas de atención médica | <input type="radio"/> Administración de dinero/pertenencias | <input type="radio"/> Ocio                          | <input type="radio"/> Habilidades de afrontamiento |
| <input type="radio"/> Estabilidad de vivienda      | <input type="radio"/> Nutrición                             | <input type="radio"/> Recursos comunitarios         | <input type="radio"/> Normas de comportamiento     |
| <input type="radio"/> Comunicación                 | <input type="radio"/> Resolución de problemas               | <input type="radio"/> Relaciones sociales/amistades | <input type="radio"/> Higiene personal             |
| <input type="radio"/> Seguridad                    | <input type="radio"/> Relaciones familiares                 | <input type="radio"/> Sexualidad                    | <input type="radio"/> Cuidado personal             |
| <input type="radio"/> Gestión del tiempo           | <input type="radio"/> Consumo de alcohol/drogas             | <input type="radio"/> Productividad                 | <input type="radio"/> Vestimenta                   |

***En caso afirmativo, explique de forma breve:***

**¿Tiene alguna inquietud sobre las relaciones íntimas, la sexualidad o la identificación de género que desee compartir?**

No  Sí En caso afirmativo, describa a continuación:

**¿Hay alguna información adicional que, en su opinión, será de ayuda durante el proceso de evaluación?**

No  Sí En caso afirmativo, describa a continuación: