

Evaluación de Bienestar - Adultos

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No. de Identificación	No. de Autorización	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre del Terapeuta: (Apellido, Nombre)		Fecha Actual
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Identificación del Terapeuta	Teléfono del Terapeuta	Estado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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? 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 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
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Indique si padece de un problema médico grave o crónico:					
<input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Cardiopatía <input type="radio"/> Dolor de Espalda u otro Dolor Cronico <input type="radio"/> Otro problema medico					
19. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces visitó a un médico? <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2-3 <input type="radio"/> 4-5 <input type="radio"/> 6+					
20. Durante el mes pasado, ¿cuántos días no pudo usted trabajar a causa de su salud física o mental? (responda únicamente si está empleado)				<input type="text"/> Días	
21. Durante el mes pasado, ¿cuántos días trabajó pero su rendimiento se vio reducido debido a su salud física o mental? (responda únicamente si está empleado)				<input type="text"/> Días	
22. Durante el mes pasado, ¿sintió que debería reducir su consumo de alcohol o de drogas?				<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
23. Durante el mes pasado, ¿le molestó alguna vez que la gente lo criticara por su consumo de alcohol o de drogas?				<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
24. Durante el mes pasado, ¿se sintió mal o culpable acerca de su consumo de alcohol o de drogas?				<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

