

# 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: **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: **412302011**, 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? (responda únicamente si está empleado)     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)     Días
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