

## Valoración Global de Necesidades Individuales – Inicial (VGNI-I)

Versión [VERV]: 5.5.1

* Sitio ID [XSITE]:..... _ _ _ _ _ _ _ _ _	*Sitio Local ID [XSITEa]:..... _ _ _ _ _ _ _ _ _
* Personal ID [XSID]:..... _ _ _ _ _ _ _ _ _	*Iniciales del personal [XSIN]: ..... _ _ _ _
* Participante ID [XPID]:..... _ _ _ _ _ _ _ _ _	Apellido [XPNAM]: _____
Programa Tx. ID [XTPID]: ... _ _ _ _ _ _ _ _ _	Nombre completo: _____ S.N. _____
Número de Seguro Social (Opcional) [XSSN]: ... _ _ _ _ _ _ _ _ _	
* Otro/Estado ID(Opcional) [XPIDA]: ..... _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Observación [XOBS; 0,3,6,9,12]: ..... _ _ _ _	v. _____
* Personal Edición ID [XEDSID]:  _ _ _ _ _ _ _ _ _	Fecha de Edición [XEDDT]:  _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _
Personal Base Datos ID [XDESID]: _ _ _ _ _ _ _ _ _	*Fecha Inicial [XDEDT]:.... _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _
Pers. ReIng. ID [XRKSID]:..... _ _ _ _ _ _ _ _ _	Fecha Reingreso XRKDT): _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _

### Aviso de Limitación de Responsabilidad, Confidencialidad, Reconocimientos y Derechos de Autor

Esta es una evaluación biopsicosocial estandarizada diseñada para ayudar a profesionales clínicos a recopilar información para el diagnóstico, ubicación y planeación del tratamiento. Como con cualquier auto-informe, el VGNI está limitado por la veracidad de las respuestas de la persona que contesta el cuestionario; la información deberá ser recogida por alguien certificado en la administración del VGNI, combinada con otra información e interpretada por personal clínico o capacitado antes de tomar acciones específicas.

La confidencialidad de la información recopilada a través del uso de este instrumento puede estar protegida por ley(es) federales, incluyendo la ley de confidencialidad de expedientes de pacientes en programas de alcohol y abuso de drogas - Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records (42 C.F.R. Part 2) - y el acta sobre normas de privacidad, portabilidad de seguro de salud y responsabilidad – Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Standards (45 C.F.R. Parts 160 and 164) y puede también estar protegida por leyes estatales, incluyendo leyes de salud mental estatal, bienestar de niños o VIH/SIDA. Divulgar información sin autorización puede resultar en multas u otras penalidades. Todo el personal con acceso a respuestas específicas tiene que entender las leyes aplicables de confidencialidad y manejar la información recopilada de acuerdo con esas leyes.

Esta versión del instrumento fue desarrollada por el Dr. Michael L. Dennis y otras personas en Chestnut Health Systems. El desarrollo del instrumento se llevó a cabo con respaldo económico en forma de subvenciones y contratos del centro de tratamiento de abuso de drogas – Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), la fundación de intervenciones – Interventions Foundation, el instituto nacional sobre abuso del alcohol y alcoholismo – National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, y el instituto nacional sobre abuso de drogas – National Institute on Drug Abuse. También incorpora varias escalas y preguntas basadas en la encuesta nacional de violencia en la familia – National Family Violence Survey, la encuesta nacional sobre el abuso de drogas – National Household Survey on Drug Abuse y trabajos hechos por la asociación americana de psiquiatría – American Psychiatric Association y la sociedad americana de medicina sobre la adicción – American Society of Addiction Medicine, Serving Children and Adolescents in Need Inc. (SCAN), al igual que con la contribución de muchos individuos reconocidos en el manual y en la página WEB mencionada abajo.

El instrumento fue traducido al español por Lucila Jiménez, M.A., M. Phil., en colaboración con los siguientes miembros del Translation Advisory Group: Liliانا Bedoya, B.A., Marjorie Luciana Blair, M.A., M.P.H., Diana P. Esquivel, B.A., Luis E. Flores, M.A., LPC, LCDC y Janet C. Titus, Ph.D. Quisiéramos agradecerle a los otros miembros del Translation Advisory Group el tiempo, talento y energía que invirtieron en revisar la versión en español del instrumento. También, tenemos que agradecer a Dharma Cortés, Ph.D., por efectuar la traducción inversa al inglés, Michael Dennis, Ph.D., por su apoyo constante y sus observaciones y Randy Muck, M.A., por creer en nuestros esfuerzos por fomentar investigación y tratamiento culturalmente responsable con las comunidades Latinas.

El desarrollo del GAIN en el lenguaje español (VGNI; Valoración Global de Necesidades Individuales) se llevo a cabo con el respaldo del centro de tratamiento de abuso de drogas (CSAT), a través de un subcontrato de asistencia técnica (270-2003-00006).

Este instrumento y los derechos de autor son propiedad de Chestnut Health Systems. Para obtener más información sobre sus orígenes, administración, propiedades, licencias y/o permisos para usarlo, por favor visite nuestra página Web en [www.chestnut.org/li/GAIN/](http://www.chestnut.org/li/GAIN/) o póngase en contacto directo con Joan Unsicker en Chestnut Health Systems, 720 West Chestnut, Bloomington, IL 61701, teléfono: 309-827-6026, Fax: 309-829-4661, [junsicker@chestnut.org](mailto:junsicker@chestnut.org).

*Para uso del personal solamente*

A1. Información administrativa

- \*\* a. Hora .....|\_|\_|:|\_|\_| (HH:MM) .....b. |\_|\_| (AM/PM)  
 c. Fecha de hoy [XOBSDT]..... |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| (MM/DD/AAAA)  
 d. Fecha de referencia si es diferente [XRFDT] |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| (MM/DD/AAAA)

**Introducción**

**Objetivo:** Esta evaluación está diseñada para ayudarnos a seguir la trayectoria de cómo le va antes, durante y después de su tratamiento o consejería. La información que recogemos solo se usará para su tratamiento y para ayudarnos a evaluar nuestros servicios.

**Formato:** Esta evaluación inicial tiene preguntas sobre lo que usted ha hecho, los servicios que está utilizando y lo que desea lograr del programa, ya sea directamente o referido a algún otro lugar. Usted podrá decir que no sabe o rehúsa contestar alguna pregunta que NO quiera responder.

**Duración:** Dependiendo de cuánto haya estado ocurriendo en su vida, tomará como una o dos horas el completarlo. Usted podrá tomar un descanso si lo necesita.

**Privacidad:** Como todo lo que hace en el tratamiento, sus respuestas son privadas y su confidencialidad está protegida bajo el acta de privacidad de 1974 y el acta sobre normas de privacidad, portabilidad de seguro de salud y responsabilidad (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996.

**Confidencialidad:** Todo el personal de investigación científica y de tratamiento que tiene acceso a sus respuestas entiende esta restricción y ha estado de acuerdo en no divulgar sus respuestas específicas sin su consentimiento por escrito. Esto incluye proveer información a miembros de su familia, otros individuos, otras agencias de tratamiento, agencias de servicio social, agencias de justicia criminal y otras agencias. (LEÁLO SOLAMENTE SI FUERA APLICABLE: hemos obtenido un certificado de confidencialidad para prevenir que nos obliguen a dar información alguna a la corte). Hay, sin embargo, dos excepciones. Primero, estamos bajo la obligación legal de informar abuso de menores o si usted constituye un peligro para usted mismo o para otros. Segundo, oficiales del gobierno federal tienen el derecho de revisar nuestro trabajo para asegurarse de que hemos protegido su seguridad y hemos informado exactamente lo que hemos hecho.

¿Tiene alguna pregunta?

**\*\* A2. Evaluación de problemas cognoscitivos**

Como le vamos a hacer muchas preguntas acerca de cuando y con que frecuencia han pasado muchas cosas, para comenzar necesitamos tener una idea de cómo su memoria esta trabajando ahora.

		<u>PUNTAJES DE ERROR</u>				
CIS	a. ¿En qué año estamos? (Circule 4 si hay errores) .....	0				4
	b. ¿En qué mes estamos? (Circule 3 si hay errores).....	0				3
<p>Por favor, repita esta frase después de mí: Juan Pérez, Calle Marco 42, Nueva York. (No-puntuación – se usa para 2f abajo)</p>						
	c. Aproximadamente, ¿qué hora es? (Circule 3 si hay errores).....	0				3
	d. Por favor, cuente del 20 al 1. [20, 19, 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1] (Circule 2 para un error, 4 para 2 o mas errores) .....	0	2			4
	e. Por favor, diga los días de la semana al revés (de atrás para adelante) [sábado, viernes, jueves, miércoles, martes, lunes, domingo] (Circule 2 para un error, 4 para 2 o mas errores) .....	0	2			4
	f. Por favor, repita la frase que le pedí que repitiera antes. [Juan / Pérez / Calle Marco / 42 / Nueva York] (Circule 2 para cada sección/texto/palabra que no se recuerde) .....	0	2	4	6	8 10
	g. (Sume las puntuaciones de la “a” a la “f” y anote): .....					<input type="text"/>   <input type="text"/>
<p>(Si el total es mayor que 10, el individuo esta experimentando algún grado de problema cognoscitivo. Puede intentarlo de nuevo si se sospecha intoxicación o continúe con la evaluación y téngalo en cuenta cuando haga la interpretación. Si hace esta sección de nuevo, anote la puntuación original abajo antes de revisarla).</p>						
	h. (Puntuación original) .....					<input type="text"/>   <input type="text"/>

**\*\* A3. Lاپso de tiempo para los eventos clave y preguntas para administrar inicialmente**  
 Varias preguntas le pedirán que recuerde cosas que han ocurrido durante los últimos 12 meses o los últimos 90 días. Para ayudarle a recordar esos períodos de tiempo, mire por favor el calendario. Primero, busquemos la fecha de hoy y hágale un círculo.

Ahora cuente las 13 semanas pasadas, aproximadamente 90 días y haga un círculo alrededor de esa fecha. ¿Recuerda algo que estaba ocurriendo alrededor de esa fecha (FECHA HACE 90 DÍAS)? (INDAGUE POR UN EVENTO ESPECÍFICO, VEA ABAJO SI HAY PROBLEMAS). Cuando hablamos de cosas que estaban ocurriendo durante "los últimos 90 días", estamos hablando de cosas que ocurrieron más o menos desde (NOMBRE DEL EVENTO QUE OCURRIÓ HACE 90 DÍAS).

a1. Anote el EVENTO CLAVE de los 90 días, v. \_\_\_\_\_

Ahora, vamos hacia atrás un año y haga un círculo alrededor de esa fecha. ¿Recuerda algo que estaba ocurriendo alrededor de esa fecha (FECHA HACE 12 MESES)? (INDAGUE POR UN EVENTO ESPECÍFICO, VEA ABAJO SI HAY PROBLEMAS). Cuando hablamos de cosas que estaban ocurriendo durante "los últimos 12 meses", estamos hablando de cosas que ocurrieron más o menos desde (NOMBRE DEL EVENTO QUE OCURRIÓ HACE 12 MESES).

a2. Anote el EVENTO CLAVE de los 12 meses, v. \_\_\_\_\_

**SI NO PUEDE RECORDAR:** ¿Recuerda algún cumpleaños, días festivos, eventos deportivos u otros eventos que ocurrieran alrededor de esa fecha (FECHA HACE 90 DÍAS / HACE 12 MESES)? ¿Ocurrió algún cambio en términos de donde vivía, con quién estaba, si estaba o no bajo tratamiento, trabajo, escuela o cárcel? ¿Dónde vivía en ese momento? ¿Estaba bajo tratamiento, trabajando, en la escuela o envuelto con la ley en ese entonces?

b1. ¿Tiene alguna dificultad <b>leyendo</b> español en algo como un periódico o una revista?.....	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	1	0
b2. ¿Tiene alguna dificultad <b>escribiendo</b> español en algo como una solicitud de trabajo o curriculum?.....	1	0
b3. ¿Tiene alguna dificultad entendiendo lo que lee?.....	1	0
c. [Documente su decisión administrativa inicial]		
Hecho oralmente por alfabetización o elección del cliente .....	0	[LEA INST. VERBAL]
Personal eligió por adelantado el administrarlo.....	1	[LEA INST. VERBAL]
Auto administrado.....	2	[LEA INST. AUTO]
Otra ( <b>Por favor describa</b> ) v. _____	99	[LEA INST. AUTO]

***Instrucciones adicionales para administración verbal***

Por favor, mantenga este calendario a la mano y utilícelo a medida que hagamos la entrevista para que le ayude a acordarse de cuando pasaron distintas cosas.

A medida que hagamos el cuestionario, le voy a leer las preguntas y anotaré sus respuestas. Es importante que trate de responder cada pregunta si puede y desea hacerlo. Sabemos que no siempre sabrá la respuesta exacta, pero nos gustaría que nos dé la respuesta que mejor crea, si puede. También puede decirnos si simplemente "no sabe" o si no desea o "rehúsa" responder alguna pregunta. Tengo también algunas tarjetas aquí que usaremos para ayudar a contestar algunas de las preguntas.

¿Tiene alguna pregunta antes de que comencemos?

**Instrucciones adicionales opcionales para auto-administración**

En esta evaluación hay cuatro tipos de preguntas: (1) preguntas que le piden que responda en **sus propias palabras**; (2) preguntas que le piden que **circule una** respuesta de las que aparecen en una lista de respuestas; (3) preguntas que le piden que circule todas las respuestas que se **MENCIONAN**; y (4) preguntas que le piden que indique **cuántos** días o cuantas veces sucedió algo. Respuestas **en sus propias palabras** no necesitan ser largas pero trate de escribir con claridad de modo que podamos leerlas. Para preguntas que le piden que **circule una respuesta** por favor escoja la respuesta que más se acerque. Preguntas que piden que circule todas las respuestas que se mencionan deben tener círculos alrededor de un Sí o No en cada fila. Preguntas que le piden **cuántos días o veces** algo ocurrió siempre deben responderse con un número. Si la respuesta es no, ninguno, nunca ó “0”, por favor escriba “0” en el cuadro en blanco.

Donde le demos instrucciones, éstas aparecerán en **(letras gruesas y paréntesis como esto)**. Luego que conteste algunas preguntas, puede haber algunas preguntas más abajo que no le aplican a usted. Cuando esto ocurre habrá una nota entre **[CORCHETES O PARÉNTESIS CUADRADOS Y LETRAS MAYÚSCULAS GRUESAS COMO ÉSTAS]**. Estas instrucciones le dirán que vaya a la siguiente pregunta que le aplica a usted. **Nunca** salte más allá de la siguiente pregunta que esté numerada. ¿Puede mostrarme cómo esto funciona o trabaja en el ejemplo que aparece abajo?

**Ejemplo**

S6. ¿Ha asistido alguna vez a (AA), (CA), (NA) o algún otro grupo de autoayuda por su uso de alcohol o drogas?..... 

<u>Sí</u>	<u>No</u>
1	0

**[SÍ “0”, PASE A S7]**

a. Durante los últimos 90 días, ¿cuantos días fue a una o más reuniones de grupos de autoayuda?..... 

--	--

  
Días

S7. ¿Ha recibido alguna vez tratamiento o consejería por su uso de alcohol o de alguna droga (sin contar cafeína o cigarrillos)? ..... 

<u>Sí</u>	<u>No</u>
1	0

También habrá varios cuadros marcados “Para uso del personal solamente”. Puede dejar de responder cualquier pregunta a menos que el personal las marque y le pida que las conteste.

Si no está seguro de una respuesta, trate de darnos la respuesta que mejor crea. Si cambia de opinión, por favor hágale una “X” a la respuesta vieja y circule la respuesta nueva. Si sencillamente no sabe, escriba “NS” (No Sé = NS) a la derecha de la pregunta. Usted puede negarse a contestar alguna pregunta simplemente escribiendo “RC”(Rehúsa Contestar = RC) al lado de alguna pregunta que no quiera responder. Es importante que responda la pregunta o que escriba “NS” o “RC”. De lo contrario, entenderemos que no la respondió por error y se la preguntaremos de nuevo. Si no entiende una pregunta o una palabra y quiere repararla con alguien del personal, ponga un signo de interrogación “?” al lado derecho. Si necesita un descanso, escriba la hora a la que dejó de trabajar en el cuestionario en la página en que se encuentre. Luego de su descanso, escriba la hora a la que comenzó de nuevo en esa misma página.

Notará algunas abreviaturas y asteriscos “\*” en la columna izquierda. Están ahí para ayudar al personal cuando lea este instrumento.

¿Tiene alguna pregunta?

**A4. Asuntos o preocupaciones iniciales**

a. En pocas palabras, ¿puede decirme por qué está aquí hoy? (¿Cuál es su razón principal para ponerse bajo tratamiento?) ( No pregunte “¿Algo más?”)

v1. \_\_\_\_\_

v2. \_\_\_\_\_

v3. \_\_\_\_\_

**(Aclare y codifique)**

Disponibilidad de las drogas (dificultades en conseguir drogas o drogas “buenas”)..... 1  
 Finanzas (no puede seguir usando drogas, perdió fuente de ingresos)..... 2  
 Motivo personal general (“hábito fuera de control”, “cansado”, “desea cambiar”, “mejorar el estilo de vida”, “salvarse”) ..... 3  
 Razones de salud (muy enfermo para seguir; las drogas o enfermedades relacionadas le están haciendo daño o amenazan su propia salud, bebé no ha nacido o en camino, para “vivir”)..... 4  
 Obligado por la familia (padre o madre, esposo(a), pareja) ..... 5  
 Para conseguir o mantener custodia o para ser mejor padre o madre ..... 6  
 Obligado por el sistema de justicia criminal (mandato de la corte, oficial de probatoria (“probation officer”), oficial de libertad condicional (“parole officer”), abogado, etc.) ..... 7  
 Obligado por el Departamento de Servicios de Familia y Niños (DCFS, por sus siglas en inglés)..... 8  
 Obligado por maestro, ministro, entrenador ..... 9  
 Desea recibir servicios (quiere vivienda u otro beneficio)..... 10  
 Escuela o trabajo (conseguir, mantener o mejorar situación) ..... 11  
 Otro (**Por favor describa en A4a**)..... 99

b. ¿Quién lo refirió a tratamiento (nombre)? v. \_\_\_\_\_

c. ¿Cuál es la relación de esa persona con usted? v. \_\_\_\_\_

d. Código para la persona o agencia que lo refiere (escoja de la tabla abajo) .....

Individuos		Agencias	
1 Yo mismo	10 Juez	21 Programa de abuso de alcohol/drogas	41 Programa estatal de abuso de alcohol/drogas
2 Madre	11 Maestro	22 Proveedor de salud mental	42 Programa estatal de salud mental
3 Padre	12 Supervisor en el trabajo	23 Otro proveedor de cuidado de salud	43 Programa estatal del Departamento de Servicios de Familia y Niños (DCFS) o programa de bienestar público
4 Hermano	13 Trabajador Social	24 Programa de alcance a la comunidad, apoyo o prevención	44 Departamento estatal de salud
5 Hermana	14 Abogado	25 Escuela	49 Otra agencia estatal
6 Abuelo, abuela	15 Oficial de Probatoria	26 Empleador	50 Programa de justicia criminal (CJ) fuera del estado
7 Tía	16 Oficial de Libertad Condicional	27 Agencia de Servicio Social	59 Otra agencia fuera del estado
8 Tío	17 Trabajador de Asistencia Pública	28 Agencia de Justicia Criminal	99 Otro (por favor describa en A4c)
9 Otro miembro de la familia	18 Sacerdote / Ministro	30 Treatment Alternatives to Street Crime TASC o programa Alternativo: Tratamiento en lugar de detención.	
	19 Otro individuo	39 Otra agencia	

**B. Antecedentes y planes de tratamiento**

\* B1. ¿Cuál es su género o sexo? Hombre ..... 1  
 Mujer ..... 2  
 Transgénero (de hombre a mujer) ..... 4  
 Transgénero (de mujer a hombre) ..... 5  
 Otro (**Por favor describa**)..... 99  
 v. \_\_\_\_\_

\* B2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? .....|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  
 Mes Día Año

\* a. ¿Cuántos años tiene hoy? .....|\_|\_| [SI ES MAYOR DE 18, PASE A B3a]  
 Edad

\* b. En este momento, ¿quién tiene custodia **legal** de usted? Diría que ...  
 v. \_\_\_\_\_

(Aclare y codifique)

Padres viviendo juntos ..... 1  
 Padres que están separados pero comparten la custodia ..... 2  
 Uno de los padres ..... 3  
 Otros miembros de la familia..... 4  
 Menor emancipado legalmente, viviendo por su cuenta..... 5  
 Huyó de la casa/vive solo (sin emanciparse legalmente)..... 6  
 Condado/Estado (hogar sustituto o servicios de protección)(“foster home”) ..... 7  
 Institución correccional o juvenil ..... 8  
 Alguna otra situación (**Por favor describa**)..... 99  
 v. \_\_\_\_\_

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de días.

\* c. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos **días** pasó bajo el cuidado de padres sustitutos (“foster parents”)? .....|\_|\_|  
 (Use “0” para Ninguno) Días

\* d. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos **días** estuvo en alguna otra clase de hogar de grupo o institución para el cuidado de menores? .....|\_|\_|  
 (Use “0” para Ninguno) Días

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

PAI  
 \*\* B2. **Durante los últimos 12 meses**, ¿hizo alguna de las siguientes cosas con sus padres (biológicos, sustitutos (“foster parents”), adoptivos o padrastros)?

	Sí	No
e. ¿Pasó 30 minutos o más jugando o haciendo cosas divertidas con ellos? .....	1	0
f. ¿Fue con ellos a una actividad organizada o evento? .....	1	0
g. ¿Le leyeron o usted habló con ellos sobre un libro, revista o periódico?.....	1	0
h. ¿Le ayudaron con sus tareas (leyendo, escribiendo o matemáticas)? .....	1	0
j. ¿Se reunieron con un maestro, trabajador social, abogado, oficial de la corte u oficial de la policía para hablar sobre usted? .....	1	0

\*\* B3a. ¿De qué raza, grupo étnico, nacionalidad o tribu se considera? (¿Algún otro grupo?)  
**(Anote y circule todos los que apliquen)**

- v1. \_\_\_\_\_
- v2. \_\_\_\_\_
- v3. \_\_\_\_\_

MENCIONADO

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
1. Nativo de Alaska <b>(Por favor anote la tribu arriba)</b> .....	1	0
2. Asiático.....	1	0
3. Africano Americano/Negro .....	1	0
4. Caucásico/Blanco.....	1	0
5. Hispano, Latino o Chicano .....	1	0
a. Puertorriqueño .....	1	0
b. Mexicano.....	1	0
c. Cubano .....	1	0
e. Dominicano.....	1	0
f. Otro país de América Central.....	1	0
g. Otro país de América del Sur .....	1	0
z. Algún otro grupo <b>(Por favor describa arriba)</b> .....	1	0
6. Indígena o Indio Americano <b>(Por favor anote la tribu arriba)</b> .....	1	0
7. Nativo de Hawaii.....	1	0
8. Nativo de las Islas del Pacífico .....	1	0
99. Algún otro grupo <b>(Por favor describa arriba)</b> .....	1	0

<i>Para uso del personal solamente:</i>	
<i>Por favor anote los códigos adicionales que se necesiten para raza, grupos étnicos or tribus locales:</i>	
B3b1. CÓDIGO:  _ _ _ _	v. _____
B3b2. CÓDIGO:  _ _ _ _	v. _____
B3b3. CÓDIGO:  _ _ _ _	v. _____

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

TxPI	B4. En este momento, ¿está obligado a ponerse bajo tratamiento o continuarlo por parte de...	<u>Sí</u>	<u>No</u>	
	a. un patrono o empleador, escuela o programa de capacitación .....	1	0	
	b. su abogado.....	1	0	
	c. la corte, oficial de probatoria ( “probation officer”) o de libertad condicional (“parole officer”) u otra parte del sistema de justicia criminal.....	1	0	
	d. una agencia de vivienda u otra agencia comunitaria.....	1	0	
	e. su iglesia o un amigo cercano.....	1	0	
	f. su esposo(a), pareja o familia .....	1	0	
	g. departamento de Servicios de Familia y Niños DCFS, por sus siglas en inglés) .....	1	0	
	h. alguna otra fuente ( <b>Por favor describa</b> ) .....	1	0	
	v. _____			
	B4j. ¿Se le ha exigido u obligado a ponerse bajo tratamiento?.....	1	0	[SI “NO”, PASE A B5]
	¿Por quién? v. _____			
	B5. ¿Están sus gastos médicos pagados por un seguro médico, la corte o programa de salud?.....	<u>Sí</u>	<u>No</u>	
		1	0	[SI “NO”, PASE A B6]
	B5a. ¿Cuál es el nombre de su compañía de seguro o proveedor?			
	v. _____			
	B5b. ¿Está su seguro médico pagado por fondos públicos, privados o combinación de ambos?			
	Público (Medicare, Medicaid, fondos públicos, Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), CHAMPUS, autoridad correccional).....	1		
	Privado (HMO, BCBS, seguro patronal o empresarial, programa de asistencia al empleado (EAP, por sus siglas en inglés) .....	2		
	Combinación de ambos (tanto público como privado, compra pública de HMO) .....	3		

***Para uso del personal solamente:***

B5c. Código detallado del seguro médico:

B6. ¿Por cuánto tiempo (o cuánto tiempo más) cree que necesitará estar bajo tratamiento? **(Aclare y codifique)**

- No necesita (más) tratamiento.....0
- 1 ó 2 días.....1
- 3 a 7 días.....2
- 1 a 4 semanas.....3
- 1 a 3 meses.....4
- 4 a 12 meses.....5
- Más de 12 meses.....6

B7. ¿Cómo **planea** llegar a este programa de tratamiento durante los **próximos** 90 días? **(Aclare y codifique)**

- No planea estar bajo tratamiento.....0
- Estará viviendo allí.....1
- Caminará hasta allí.....2
- Manejará hasta allí.....3
- Lo llevará un miembro de la familia o amigo.....4
- Taxi.....5
- Autobús (PR: guagua), tren subterráneo u otro medio de transporte público.....6
- Otro (**Por favor describa**).....99
- v. \_\_\_\_\_

B7a. ¿Cuántos **minutos** le toma llegar aquí desde la casa?..... |\_\_| |\_\_| |\_\_| Minutos

B8. ¿Ha tenido **alguna vez** licencia de manejar Sí      No  
(CUB: cartera dactilar)? .....1      0 **[SI “NO”, PASE A B9a]**

B8\_1. En este momento, ¿su licencia de manejar (CUB: cartera dactilar) es o está... **(Circule una)**

- válida?.....1
- vencida?.....2
- suspendida?.....3
- revocada?.....4
- bajo un alias o falsificada?.....5

B8a. ¿Cuál es el número de su licencia de manejar (CUB: cartera dactilar)? |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

B8b. ¿De qué estado (o país) es? |\_\_| |\_\_| o v. \_\_\_\_\_  
Estado País

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

<p>B9a. <b>En este momento</b>, ¿quiere (más) ayuda para ponerse y seguir bajo tratamiento con las siguientes situaciones?</p>	<p><u>Sí</u>    <u>No</u></p>
<p>1. Hacer arreglos para la transportación ..... 1</p> <p>2. Hacer arreglos para el cuidado de los niños ..... 1</p> <p>3. Planearlo alrededor del horario de trabajo, escuela o responsabilidades familiares ..... 1</p> <p>4. Pago del tratamiento ..... 1</p> <p>5. Asuntos de lenguaje, religiosos, étnicos o culturales..... 1</p> <p>6. Ropa ..... 1</p> <p>7. Alimentos, comida..... 1</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>
<p>B9a99. ¿Hay algún otro asunto que necesitemos atender para que pueda ponerse bajo tratamiento? (<b>Por favor describa</b>)..... 1</p> <p>v. _____</p>	<p>0</p>

**(Si está respondiendo esto por sí mismo, por favor dígame al personal que ya terminó la primera sección)**

*Para uso del personal solamente*

AGUR  
AGDM\*

<p>B10. Escala de Urgencia [BEU]: No <input type="checkbox"/> 0 Tiene ayuda <input type="checkbox"/> 1 En 3 Mes <input type="checkbox"/> 2 0-3 Mes <input type="checkbox"/> 3 Ahora <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>B11. Escala de Negación [BEN]: Ninguno <input type="checkbox"/> 0 Algo <input type="checkbox"/> 1 Malinterp. <input type="checkbox"/> 2 Negación <input type="checkbox"/> 3 Mintiendo <input type="checkbox"/> 4</p>

**S. Uso de sustancias (Alcohol, marihuana y otras drogas)**

Las siguientes preguntas son acerca de su uso de alcohol y otras drogas. Alcohol incluye cerveza, vino, whiskey, ginebra, tequila, ron o cócteles. “Otras drogas” incluyen a) marihuana, b) otras drogas de la calle como crack, heroína, PCP o nitritos (“poppers”), c) inhalantes como pega (MX: resistol, pegadura) o gasolina y d) usar cualquier medicina de una **forma diferente** a la recetada por el médico (doctor). No incluya las medicinas recetadas por un médico (doctor).

- \*\* S1. Entre alcohol, marihuana, cocaína, heroína y algunas otras drogas...
- a. ¿Cuál le gusta usar más? v. \_\_\_\_\_
  - b. ¿Para cuáles necesita más tratamiento?
    - v1. \_\_\_\_\_
    - v2. \_\_\_\_\_
    - v3. \_\_\_\_\_

<b>Para uso del personal</b>	
1.	_ _ _ _
1.	_ _ _ _
2.	_ _ _ _
3.	_ _ _ _

<b>Códigos de drogas detallado</b>			
<p>0 Ninguno/no otros</p> <p><b>1 Alcohol</b>                      1A Cerveza                      1B Vino                      1C Alcohol                      (Ej.: ginebra, ron, tequila, whiskey or cócteles)</p> <p><b>2 Anfetaminas</b>                      2A Metanfetamina (Desoxyn, methedrine)                      2B Methylphenidate (Ritalin)                      2C Éxtasis/MDMA (methylenedioxy-methamphetamine)                      2Z Otras anfetaminas (Benzedrine, Biphetamine, Dexedrine)</p> <p><b>3 Cannabis</b>                      3A Marihuana                      3B Hachís                      3C “Blunts” (cigarro de marihuana, MX: churro, COL: bareto)                      3D Marihuana con otras drogas                      3Z Otros cannabis</p> <p><b>4 Cocaína (MX: soda)</b>                      4A Cocaína inhalada                      4B Cocaína inyectada                      4C Crack                      4D Pasta o base de coca                      4Z Otro tipo de cocaína</p> <p><b>5 Alucinógenos</b>                      5A LSD (dietilamida del ácido lisérgico)                      5B Hongos                      5C Mezcalina                      5D Peyote                      5E Psilocibina                      5F Ketamina (Ketalar, K especial)                      5Z Otros alucinógenos</p>	<p><b>6 Inhalantes</b>                      6A Líquidos de corrección                      6B Gasolina                      6C Pegante, pega, pegadura, resistol.                      6D Líquido de encendedor (MX: Activos)                      6E Pinturas en aerosol                      6F Diluyente para pintura                      6Z Otros inhalantes</p> <p><b>7 Opioides</b>                      7A Heroína                      7B “Speedball” (mezcla de heroína y cocaína)                      7C Karachi (heroína y barbitúricos)                      7D Heroína con otras drogas                      7E Metadona de la calle                      7F Morfina                      7G Opio                      7H Codeína                      7J Tylenol con codeína                      7K Hydrocodone (Lorcet, Vicodin, Lortab)                      7M Oxycodone (Oxycontin, Percocet, Percodan)                      7N Hydrocodeína o Nicodicodine                      7Y Otros opiates u opioides (Demerol, Diluadid, hydromorphone, meperidine, pentazocine, Talwin)                      7Z Otros analgésicos (Darvocet, Darvon, propoxyphene)</p> <p><b>8 PCP</b>                      (Fenciclidina, polvo de angel, polvo cósmico, ozono, chifladura, niebla, combustible de cohete)</p>	<p><b>9 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos</b>                      9A Metacualona (Parest, Quaaludes, Sopor)                      9B GHB/GBL                      9C Diazepam (DPAM, Pro-PAM, Valium)                      9D Meprobamate (Deprol, Equanil, Miltown)                      9E Flunitrazepam (Rohypnol)</p> <p>9G Otras benzodiacepinas/ tranquilizantes (alprazolam, Ativan, Benzotran, bromazepam, chlordiazepoxide, clonazepam, clorazepate, Dalmane, Dormonoct, estazolam, Euhypnos, flurazepam, halazepam, Alción, Hypam, Insoma, ketazolam, Klonopin, Lexotan, Librium, lorazepam, loprazolam, Mogadon, Nitrados, nitrazepam, Normison, Novapam, oxazepam, Rivotril, Serax, Serapax, Serenid, Sompam, temazepam, Tranxene, trazepam, triazolam, Tricam, tuazepam, Xanax)</p>	<p>9H Otros barbitúricos (Alurate, amobarbital, Amytal, aprobarbital, butabarbital, butalbital, Butisol, Fiorinal, Fioricet, Lotusate, Luminal, Mebaral, mephobarbital, Nembutal, pentobarbital, phenobarbital, secobarbital, Seconal, Tuinal, talbutal)</p> <p>9Z Otros sedantes/ hipnóticos/calmantes (Doriden, ethchlorvynol, glutethemide, Placidyl)</p> <p><b>99 Otros</b>                      99A Nitrato de amilo                      99B Jarabe para la tos (Coricidin, DXM, Robitussin, triple C’s)                      99C Oxido nitroso                      99D NyQuil                      99E Poppers                      99F Efedrina/pseudoephedrine                      99G Esteroides                      99Z Otro</p> <p><b>100 Tabaco</b></p>

SFS  
\*\*

	1-2 días	3-7 días	1-4 semanas	1-3 meses	4-12 meses	1+ años	Nunca
S2. Las siguientes preguntas son acerca de la <b>última</b> vez, si alguna, que usó alcohol u otras drogas. Usando la <b>Tarjeta A</b> y respondiendo si fue hace 1-2 días, hace 3-7 días, hace 1-4 semanas, hace 1-3 meses, 4-12 meses, hace más de 1 año o nunca.							
¿Cuándo fue la <b>última</b> vez, si alguna, que usó ...							
a. alguna clase de alcohol (como cerveza, vino, whiskey, ginebra, tequila, ron o cócteles)?	6	5	4	3	2	1	0
b. alcohol hasta que se emborrachó (o tomó 5 bebidas o más)?	6	5	4	3	2	1	0
c. marihuana, hachís, “blunts” (cigarro de marihuana, MX: churro, COL: bareto) u otras formas de THC (yerba, pitillo, MX: mota, toque)?	6	5	4	3	2	1	0
d. crack, roca de crack o base de cocaína (“freebase”)?	6	5	4	3	2	1	0
e. otras formas de cocaína (MX: soda)?	6	5	4	3	2	1	0
f. inhalantes (tales como líquido de corrección, gasolina, pega, (MX: pegadura, resistol), encendedores, pinturas en aerosol o diluyente para pintura)?	6	5	4	3	2	1	0
g. heroína o heroína mezclada con otras drogas?	6	5	4	3	2	1	0
h. metadona de la calle o metadona sin receta?	6	5	4	3	2	1	0
j. calmantes para el dolor, opioides u otros analgésicos (tales como codeína, Darvocet, Darvon, Demerol, Dilaudid, Karachi, OxyContin, Oxys, Percocet, Propoxyphene, morfina, opio, Talwin o Tylenol con codeína)?	6	5	4	3	2	1	0
k. PCP o polvo de ángel (polvo cósmico, ozono, chifladura, niebla, combustible de cohete, Fenciclidina)?	6	5	4	3	2	1	0
m. ácido, LSD, ketamina, special K, hongos u otros alucinógenos (tales como mezcalina, peyote, psilocibina o “shrooms”)?	6	5	4	3	2	1	0
n. tranquilizantes o drogas para la ansiedad (tales como Ativan, Deprol, Equanil, Diazepam, Klonopin, Meprobamate, Librium, Miltown, Serax, Valium o Xanax)?	6	5	4	3	2	1	0
pa. metanfetamina, cristal, “ice”, “glass” u otras formas de methedrine (tales como Desosyn)?	6	5	4	3	2	1	0
pb. “speed”, “uppers” (reanimadores, activadores), anfetaminas, éxtasis, MDMA u otros estimulantes (tales como MX: tacha, Biphetamine, Benzedrine, Dexedrine o Ritalin)?	6	5	4	3	2	1	0
q. “downers”, pastillas para dormir, barbitúricos u otros sedantes (tales como MX: rocha, rufis; Dalmane, Donnatal, Doriden, Flurazepam, GHB, Halcion, éxtasis líquido, metacualona, Placidyl, Quaalude, Secobarbital, Seconal, Rohypnol o Tuinal)?	6	5	4	3	2	1	0
r. alguna otra droga que no se haya mencionado. <b>(Por favor describa)</b> (tales como nitrato de amilo, jarabe para la tos, óxido nitroso, Nyquil, poppers o Robitussin)?  v. _____	6	5	4	3	2	1	0

[SI NO USÓ EN LOS ÚLTIMOS 90 DÍAS, PASE A S2s PARA CONFIRMARLO]

SFS/  
BAC  
\*\*

S2. Tabla de frecuencias sobre el uso de sustancias ( <i>Lea de izquierda a derecha con relación a aquellas sustancias que usó en los últimos 90 días</i> ) (Si esta es una evaluación autoadministrada, por favor pidale ayuda al personal para completar las siguientes preguntas)	1. Durante los últimos 90 días, ¿Cuántos días ...	2. ¿Cuánto fue lo que más usó (tragos/joints/etc.) en un día?	3. ¿Durante cuántas horas hizo esto?	4. ¿Con cuántas otras personas (si alguna) estaba compartiendo?
a. usó alguna clase de alcohol?		tragos		
b. se emborrachó o tomó 5 tragos o más?		X	X	X
c. usó marihuana, hachís, “blunts” (cigarro de marihuana, MX: churro, COL: bareto) o THC?		joints		
d. usó crack, rocas de crack o base (“freebase”)?		rocks		
e. usó otras formas de cocaína (MX: soda)?		quarters		
f. usó inhalantes?		huffs		
g. usó heroína (sola o mezclada)?		dimes		
h. usó metadona de la calle o sin receta?		X	X	X
j. usó calmantes para el dolor, opioides u otros analgésicos?		5v. ¿Qué usó?		
k. usó PCP o polvo de ángel?		X	X	X
m. usó ácido, LSD, ketamina, special K, hongos u otros alucinógenos?		5v. ¿Qué usó?		
n. usó drogas para la ansiedad o tranquilizantes ?		5v. ¿Qué usó?		
pa. usó metanfetamina, cristal, “ice”, “glass” u otras formas de methedrine?		X		
pb. “speed”, “uppers” (reanimadores, activadores), anfetaminas, éxtasis, MDMA u otros estimulantes?		5v. ¿Qué usó?		
q. usó “downers”, pastillas para dormir, barbitúricos u otros sedantes?		5v. ¿Qué usó?		
r. usó alguna otra droga?		5v. ¿Qué usó?		

For 5v: Use códigos en S1 o explique con detalle.

**Conversiones comunes y normas (0 a 90th percentil de los usuarios)**

a. unidades de bebida estándar =1 cerveza=1 copa de vino=1 cóctel=1 trago; 40 onzas de cerveza=3 bebidas; “Fifth”=más de 26 bebidas; (1-20 norma)

c. onza=25-30 “joints”; “dime”=4-5 “joints”; “nicke”l=2-3” joints”; 1”blunt”=2-6” joints”; 1 gramo=1-2” joints”; 1 “bowl”=1” joint”; 10 1-“hit pipes”= 1” joint”;

d. 8” ball”=32 rocas;” teen”=16 rocas; gramo= 10 rocas;” dime”=1 roca;” nickel”= 1 hit= ½ roca (redondee al número más cercano); (1-20 norma)

e. gramo= 4 cuartos de gramo; (5-10 líneas= 1 cuarto de gramo) (1-10 norma)

f. (1-10 norma)

g. (gramo= 10 “dime bags”); (1-10 norma)

<p align="center"><b>Tabla de último uso para el seguro médico (fecha y cantidad)</b>                      (Si esta es una evaluación autoadministrada, por favor pídale ayuda al personal para completar la siguiente información)</p>		
<p>S2. Continuación</p> <p><i>(Lea de izquierda a derecha con relación a aquellas sustancias que usó en los últimos 90 días).</i></p>	<p><b>5. ¿En qué fecha usó por última vez ...</b> (dd/mm/aaaa)</p>	<p><b>6. ¿Cómo cuánto usó?</b> <i>(Anote la sustancia específica [Ej. LSD], cantidad y unidad [Ej. tragos, joints, bolsas, gramos])</i></p>
<p>a. alguna clase de alcohol?</p> <p align="center"><b>X</b></p>	<p align="center">__/__/20__</p> <p align="center"><b>X</b></p>	<p>v. _____</p> <p align="center"><b>X</b></p>
<p>c. marihuana, hachís, “blunts” (cigarro de marihuana , MX: churro, COL: bareto) o THC?</p>	<p align="center">__/__/20__</p>	<p>v. _____</p>
<p>d. crack, rocas de crack o base de coca (“freebase”)?</p>	<p align="center">__/__/20__</p>	<p>v. _____</p>
<p>e. otras formas de cocaína (MX: soda)?</p>	<p align="center">__/__/20__</p>	<p>v. _____</p>
<p>f. inhalantes?</p>	<p align="center">__/__/20__</p>	<p>v. _____</p>
<p>g. heroína (sola o mezclada)?</p>	<p align="center">__/__/20__</p>	<p>v. _____</p>
<p>h. metadona sin receta o de la calle?</p>	<p align="center">__/__/20__</p>	<p>v. _____</p>
<p>j. calmantes para el dolor, opioides u otros analgésicos?</p>	<p align="center">__/__/20__</p>	<p>v. _____</p>
<p>k. PCP o polvo de ángel (polvo blanco)?</p>	<p align="center">__/__/20__</p>	<p>v. _____</p>
<p>m. ácido, LSD, ketamina, special K, hongos u otros alucinógenos?</p>	<p align="center">__/__/20__</p>	<p>v. _____</p>
<p>n. drogas para la ansiedad o tranquilizantes?</p>	<p align="center">__/__/20__</p>	<p>v. _____</p>
<p>pa. usó metanfetamina, cristal, “ice”, “glass” u otras formas de methedrine?</p>	<p align="center">__/__/20__</p>	<p>v. _____</p>
<p>pb. “speed”, “uppers” (reanimadores, activadores), anfetaminas, éxtasis, MDMA u otros estimulantes?</p>	<p align="center">__/__/20__</p>	<p>v. _____</p>
<p>q. “downers”, “pastillas para dormir”, barbitúricos u otros sedantes?</p>	<p align="center">__/__/20__</p>	<p>v. _____</p>
<p>r. alguna otra droga?</p>	<p align="center">__/__/20__</p>	<p>v. _____</p>

*Nota: No es necesario convertir a unidades estándar.*

Las siguientes preguntas son sobre su uso de alcohol, marihuana, cocaína, heroína y otras drogas.

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de días.

SFS S2s. **Durante los últimos 90 días, ... (Recuerde, anote "0" para ninguno)**

\*\*

	<u>Días</u>	
1a. ¿cuántos <b>días</b> pasaron <b>sin que usara ninguna clase</b> de alcohol, marihuana u otras drogas? .....	_ _	[SI 90, PASE A S2x]
2. ¿cuántos <b>días</b> se emborracho o estuvo drogrado ("high") casi todo el día? ...	_ _	
3. ¿cuántos <b>días</b> sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas no le dejaron cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa? .....	_ _	
4. ¿cuál fue el <b>mayor número de días</b> seguidos que estuvo sin usar alcohol, marihuana u otras drogas?.....	_ _	

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

\*\* S2t. **Durante los últimos 90 días, ¿usó alcohol u otras drogas...**

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
1. en su casa? .....	1	0
2. en la casa de alguien más? .....	1	0
3. en una fiesta o bar? .....	1	0
4. en el trabajo? .....	1	0
5. en la escuela? .....	1	0
6. en el lugar donde le venden la droga? .....	1	0
7. afuera, al aire libre? .....	1	0
8. en un carro (auto, MX: coche, CUB: máquina)? .....	1	0
99. en algún otro lugar? ( <b>Por favor describa</b> ) .....	1	0
v. _____		

\*\* S2u. **Durante los últimos 90 días, ¿usó alcohol u otras drogas...**

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
1. solo? .....	1	0
2. con su esposo(a) o pareja sexual? .....	1	0
3. con familiares? .....	1	0
4. con amigos? .....	1	0
5. con un club o con una pandilla o banda (PR: ganga)? .....	1	0
6. con compañeros de trabajo? .....	1	0
7. con compañeros de clase? .....	1	0
8. con alguien con quien toma o usa drogas regularmente? .....	1	0
9. con un vendedor de droga o traficante? .....	1	0
10. con un extraño? .....	1	0
99. con alguien más ( <b>Por favor describa</b> ) .....	1	0
v. _____		

\*\* S2v. **Durante los últimos 90 días**, ¿usó alcohol u otras drogas...

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
1. bebiendo, comiendo o tomando pastillas? .....	1	0
2. fumando?.....	1	0
3. inhalando, aspirando o esnifando?.....	1	0
4. inyectando en la piel o el músculo (intramuscular)? .....	1	0
5. inyectando en la vena (intravenosa) o arteria? .....	1	0
99. de algún otro modo? ( <b>Por favor describa</b> ).....	1	0
v. _____		

\*\* S2w. **Durante los últimos 90 días**, ¿usó alcohol u otras drogas durante o una hora antes de... (**Sí no le aplica, circule NO**)

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
1. participar en deportes o actividades recreativas (Ej., esquiar, andar en bicicleta, nadar, andar en patineta (“skateboarding”) o monopatín, andar en patines, etc.)?.....	1	0
2. cuidar niños? .....	1	0
3. estar en un curso de capacitación o escuela?.....	1	0
4. estar en un trabajo o empleo donde se le pague?.....	1	0
5. manejar un vehículo de motor (carro (MX: coche, auto, CUB: máquina), motocicleta, “snowmobile”, “jet ski”, bote, etc.)? .....	1	0
6. usar cuchillos, pistolas, equipo <b>potencialmente</b> peligroso (tales como cortadora de césped/zacate, sierra, estufa) o maquinaria pesada (pala mecánica, retroexcavadora, recogedora de manzanas, etc.)? .....	1	0

SFS S2x. **Durante los últimos 90 días**, ¿por cuántos **días** estuvo en la cárcel, hospital, u otro lugar donde se supone que no debía usar alcohol, marihuana u otras drogas? (**USe “0” para ninguno**) .....

		Días	[SI 0-12, PASE A S3a]
--	--	------	-----------------------

*Uso antes de estar en un ambiente controlado*

(Si esta es una evaluación autoadministrada, por favor pidale ayuda al personal para completar la siguiente información)

Para ayudarlo a que recuerde el periodo de tiempo para el siguiente grupo de preguntas, saquemos el calendario y como lo hicimos antes señale los últimos 90 días en que estuvo menos de 13 días en la cárcel, hospital u otro lugar donde no podía usar alcohol, marihuana u otras drogas. ¿Recuerda algo que estuviera ocurriendo alrededor de esa fecha (FECHA HACE 90 DÍAS ANTES DE QUE EL PARTICIPANTE ENTRARA A UN AMBIENTE CONTROLADO)?

(INDAGUE POR UN EVENTO ESPECÍFICO COMO SE HIZO ANTES)

Anote el evento v. \_\_\_\_\_

Cuando hablamos de cosas que estaban ocurriendo durante los últimos 90 días, estamos hablando de cosas que ocurrieron más o menos desde (NOMBRE DEL EVENTO ANTES DE ESTAR EN UN AMBIENTE CONTROLADO).

\*\*

S2x. En esos 90 días en la comunidad, ...

- |    |  |      |     |                     |
|----|--|------|-----|---------------------|
| 1. | ¿cuántos <b>días</b> pasaron <b>sin que usara ninguna</b> clase de alcohol, marihuana u otras drogas? .....  | Días |     |                     |
|    |  |      | _ _ | [SI 90, PASE A S3a] |
| 2. | ¿cuántos <b>días</b> se emborrachó o estuvo drogado (“high”) casi todo el día? .....   |      | _ _ |                     |
| 3. | ¿cuántos <b>días</b> los problemas por el uso de alcohol u otras drogas no le dejaron cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa? ..... |      | _ _ |                     |
| 4. | ¿cuál fue el <b>mayor número de días</b> seguidos que estuvo sin usar alguna clase de alcohol, marihuana u otras drogas? .....                               |      | _ _ |                     |

\*\*

S2y. En esos 90 días en la comunidad, ¿cuántos **días** usó...

- |     |  |  |     |                  |
|-----|--|--|-----|------------------|
|     |  |  |     |                  |
| a.  | alguna clase de alcohol?.....  |  | _ _ | [SI “0”, S2yb=0] |
| b.  | alcohol hasta que se emborrachó (5 o más bebidas de una sola sentada)? .....   |  | _ _ |                  |
| c.  | alguna clase de <u>marihuana</u> , hachís, “blunts” (cigarro de marihuana, MX: churro, COL: bareto) u otras formas de THC? ..... |  | _ _ |                  |
| d.  | alguna clase de crack, roca, pasta o base de cocaína (“freebase”)? .....   |  | _ _ |                  |
| e.  | otras formas de cocaína (MX: soda)? .....  |  | _ _ |                  |
| f.  | inhalantes? .....  |  | _ _ |                  |
| g.  | heroína o heroína mezclada con otras drogas? .....   |  | _ _ |                  |
| h.  | metadona de la calle o sin receta? .....   |  | _ _ |                  |
| j.  | algún calmante para el dolor, opioide u otros analgésicos?.....  |  | _ _ |                  |
| k.  | PCP o polvo de ángel? .....  |  | _ _ |                  |
| m.  | ácido, LSD, ketamina, especial K, hongos u otros alucinógenos? .....   |  | _ _ |                  |
| n.  | alguna droga para la ansiedad o tranquilizantes?.....  |  | _ _ |                  |
| pa. | metanfetamina, cristal, “ice”, “glass” u otras formas de methedrine? .....   |  | _ _ |                  |
| pb. | “speed”, “uppers” (reanimadores, activadores), anfetaminas, éxtasis, MDMA u otros estimulantes? .....                            |  | _ _ |                  |
| q.  | alguna clase de “downers”, “pastillas para dormir”, barbitúricos u otros sedantes? .....   |  | _ _ |                  |
| r.  | alguna otra clase de droga? .....  |  | _ _ |                  |
| v.  | _____  |  |     |                  |

Ahora volvemos a los periodos de tiempo originales de los 90 días y los 12 meses para el resto de la entrevista.

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

\* S3a. **¿Alguna vez** ha tenido las manos temblorosas, delirium tremens, convulsiones o ataques cuando trató de dejar, usar menos o controlar su uso de alcohol u otras drogas?..... Sí No  
 1 0

**[SI NO USÓ EN LA ÚLTIMA SEMANA, CODIFIQUE NO]**

\* S3b. **Durante la última semana**, ¿dejó, trató de dejar, usó menos o trató de usar menos alcohol u otras drogas?..... Sí No [SI “NO”, PASE A S4]  
 1 0

CWS S3c. ¿Cuando hizo eso, tuvo alguno de los siguientes **síntomas de abstinencia (MX: malilla) o problemas?** Sí No  
 \*\*

1. Moverse y hablar más despacio de lo normal ..... 1 0
2. Bostezar más de lo normal ..... 1 0
3. Sentirse cansado ..... 1 0
4. Tener pesadillas que parecían reales..... 1 0
5. Tener problemas para dormir como el dormir mucho o no poder dormir ..... 1 0
6. Sentirse triste, tenso o enojado ..... 1 0
7. Sentirse realmente nervioso ..... 1 0
8. No poder quedarse quieto, caminar de un lado para otro, retorcerse las manos o tener problemas para estarse quieto cuando esta sentado..... 1 0
9. Tener manos temblorosas..... 1 0
10. Tener convulsiones o ataques ..... 1 0
11. Sentirse con más hambre de lo normal ..... 1 0
12. Vomitar o sentir que iba a vomitar ..... 1 0
13. Tener diarrea ..... 1 0
14. Tener dolores en los músculos ..... 1 0
15. Tener ojos llorosos o le corría la nariz más de lo normal ..... 1 0
16. Sudar más de lo normal, tener el corazón acelerado o piel de gallina ..... 1 0
17. Tener fiebre ..... 1 0
18. Ver, sentir o escuchar cosas que no eran reales..... 1 0
19. Olvidar muchas cosas o tener problemas recordando..... 1 0
99. Algún otro problema relacionado con la abstinencia (**Por favor describa**)..... 1 0

v. \_\_\_\_\_

**[SI NINGUNO SE REPORTÓ EN S3c1-99, PASE A S4]**

S3c20. Algunos de estos problemas con sus síntomas de abstinencia (MX: malilla) no le dejaron realizar actividades sociales, familiares, del trabajo u otras actividades?..... 1 0

S3c21. Ha usado la misma droga u otra clase de droga para no tener o evitar tener algunos de estos problemas de abstinencia (MX: malilla)?..... 1 0

***Definiciones útiles***

**Síntomas de abstinencia** son un grupo de síntomas físicos o emocionales que suceden cuando una persona que normalmente usa alcohol u otras drogas deja de usarlos, trata de dejar de usarlos o disminuye su uso **durante la última semana.**

Las siguientes preguntas son acerca del **tratamiento** por el uso de alcohol u otras drogas. Sin contar tratamiento que haya recibido hoy o que fue **solamente** por problemas de salud o psicológicos.

- \* S4. Antes del día de hoy, ¿ha tenido **alguna vez** una prueba de alcohol por el aliento o examen de orina para saber si usó alcohol u otras drogas (“drug test”)?.....1 Sí No 0 [SI “NO”, PASE A S5]

Por favor responda las siguientes preguntas usando el número de veces, días o noches.

- \* S4a. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántas **veces** le hicieron una prueba de alcohol por el aliento o un examen de orina para saber si usó alcohol u otras drogas (“drug test”)? (No cuente pruebas que le hayan hecho hoy) .....|\_|\_|\_|\_|  
Veces
- \* S5. ¿**Cuántas veces en su vida** ha entrado a un programa de desintoxicación por su uso de alcohol u otras drogas?.....|\_|\_|\_|\_| [SI “0”, PASE A S6]  
Veces
- \* S5a. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos **días** estuvo en un programa de desintoxicación para ayudarlo a superar sus síntomas de abstinencia?.....|\_|\_|\_|\_|  
Días
- \* S6. ¿**Alguna vez** ha asistido a Alcohólicos Anónimos (AA), Cocaína Anónimos (CA), Narcóticos Anónimos (NC), Recuperación Social (RS), o algún otro grupo de autoayuda por su uso de alcohol u otras drogas?.....1 Sí No 0 [SI “NO”, ANOTE “0” EN S6a]
- \* S6a. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos **días** fue a una o más reuniones de grupos de autoayuda (tales como AA, NA, CA o Recuperación Social) por su uso de alcohol u otras drogas?.....|\_|\_|\_|\_|  
Días
- \* S6b. ¿**Alguna vez** ha pasado la noche en una casa de recuperación o santuario? .....1 Sí No 0 [SI “NO”, PASE A S7]
- \* S6c. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántas **noches** ha pasado en una casa de recuperación o santuario?.....|\_|\_|\_|\_|  
Noches

<i>Definiciones útiles</i>	
<b>Programas de desintoxicación</b>	son sitios en donde con ayuda profesional y a menudo medicinas lo ayudan a superar sus síntomas de abstinencia severos; típicamente son parte de o están afiliados a una agencia u hospital.
<b>Grupos de autoayuda</b>	son grupos de consumidores que se reúnen para brindar apoyo social, ayuda mutua y orientación; aunque típicamente son parte de una asociación grande, generalmente NO son manejados por profesionales.
<b>Casas de recuperación</b>	y santuarios son grupos de consumidores o una cooperativa que alquila (renta) una casa o apartamento para brindar un ambiente seguro, económico que es libre de alcohol y drogas; aunque típicamente son parte de una asociación grande, frecuentemente no tienen personal profesional permanente.

(Solo para la entrevista de admisión: NO incluya el episodio de tratamiento actual).

\* S7. ¿Cuántas veces en su vida ha sido **admitido** para recibir tratamiento o consejería por su uso de alcohol o drogas? .....   Episodios  
[SI "0", PASE A S8]

<p align="center"><b>Tabla de historia detallada de tratamiento</b> (Si esta es una evaluación autoadministrada, por favor pidale ayuda al personal para completar la siguiente información)</p>							
<p>Ahora necesitamos llenar este formulario con todas las veces en que ha estado bajo tratamiento ambulatorio, ambulatorio intensivo, residencial u otras formas de tratamiento formal por abuso de sustancias, comenzando con el primero hasta el más reciente episodio de tratamiento. Si usted cambió de niveles de cuidado o fue readmitido a tratamiento, por favor cuente cada episodio separadamente. Por favor no incluya programas de desintoxicación, autoayuda o recuperación (los cuales se acaban de reportar). ¿Cuál fue el primer (siguiente ...) programa de tratamiento en el que estuvo? (Anexe tablas anteriores si están disponibles y actualice)</p>							
S7_	b. ¿Cuál es el nombre del programa de tratamiento?	b1. Código del programa	c. ¿Qué tipo de tratamiento era este? (Use los códigos de la siguiente página)	d. Aproximadamente, ¿en qué fecha comenzó? (mm/dd/aaaa)	d1. ¿Está aún en tratamiento? (Si es así, saltese e y g)  S      N	e. Aproximadamente, ¿en qué fecha salió? (mm/dd/aaa a)	g. Aproximadamente, ¿cuántos días estuvo allí?
1.					1    0		
2.					1    0		
3.					1    0		
4.					1    0		
5.					1    0		
6.					1    0		
7.					1    0		
8.					1    0		
9.					1    0		
10.					1    0		
11.					1    0		
12.					1    0		
13.					1    0		
14.					1    0		
15.					1    0		
99.	<p><b>Para uso del personal solamente. Indique número de la fila del índice de tratamiento con la cual la entrevista del VGNI-I actual se relaciona.</b></p>						

Notas (circule sí quiere que sean escritas en notas):

<b><i>Resumen de historia del tratamiento e instrucciones y códigos</i></b>	
<p>___ Por favor <b>no</b> incluya desintoxicación, grupos de autoayuda, casas de recuperación o santuarios.</p> <p>___ En el primer renglón comience con la primera admisión y continúe hacia abajo hasta la más reciente.</p> <p>___ Si el participante está aún bajo tratamiento, deje la fecha cuando se le dio de alta en blanco.</p> <p>___ Si esta entrevistando de nuevo al participante, por favor anexe y actualice la tabla anterior.</p> <p>___ Si está en tratamiento, anote 1 o Sí en d1 y saltese items e y g, si no ponga no.</p> <p>___ Si tiene la fecha de admisión y cuando se le dio de alta (fecha inicial y final), saltese la pregunta g (cuánto tiempo).</p> <p>___ Si le falta la fecha de admisión, estado del tratamiento actual o fecha dado de alta, pregunte por cuanto tiempo y anote la respuesta en días.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>Códigos de programas locales comunes (b1) y nombres (b)</b></p> <p style="text-align: center;">(Inserte texto o consulte el apéndice de estudios específicos)</p>	<p><b>Códigos para nivel de atención general (c):</b></p> <p>10 Ambulatorio (“outpatient”)(OP)</p> <p>15 Mantenimiento con Metadona</p> <p>20 Ambulatorio intensivo (OR)</p> <p>30 Internado/Residencial/Casa de Reinserción (media casa, casa de transición, “halfway house”) (ST/LT/HH)</p> <p>99 Otro</p>
	<p><b>Parámetros para la fecha (d/c):</b></p> <p>Use las siguientes reglas si el participante no está seguro de la fecha exacta:</p> <p><b>DÍA:</b> Use el 5 para el comienzo del mes, el 15 para la mitad del mes y el 25 para el final del mes.</p> <p><b>MES:</b> Use marzo para comienzos de año, julio para mitad de año y octubre para el final de año, pero trate de calcularlo de tal forma que el número de semanas sea correcto.</p> <p><b>AÑO:</b> Aproxime basado en la edad u otra información.</p> <p>Si el participante está aún bajo tratamiento, deje la fecha cuando se le dio de alta en blanco (esta se llenará después).</p>

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de episodios.  
**(Si está disponible, use la tabla de historia de tratamiento como ayuda).**

- \*\* S7a. ¿Cuántas de esas veces...
- |   |           |  |  |  |
|---|-----------|--|--|--|
| 1. recibió tratamiento en una sala de emergencia por sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas? .....  | Episodios |  |  |  |
| 2. lo hospitalizaron por lo menos una noche en un programa residencial, internado u hospital por sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas? .  |           |  |  |  |
| 3. lo admitieron a un programa ambulatorio (“outpatient”) intensivo o programa diario por sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas? .....   |           |  |  |  |
| 4. lo admitieron a un programa ambulatorio (“outpatient”) regular (1-8 horas por semana) por sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas?....  |           |  |  |  |
| 5. le dieron medicinas como <b>metadona o Antabuse</b> para ayudarlo con sus síntomas de abstinencia o sus ansias de usar?.....   |           |  |  |  |
| 99. estuvo en alguna <b>otra</b> clase de programa de tratamiento o trabajó con algún otro manejador de caso (“case manager”) acerca de sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas? <b>(Por favor describa)</b> ..... |           |  |  |  |
| v. _____  |           |  |  |  |

- \*\* S7b. ¿Por cuales sustancias recibió tratamiento o consejería? MENCIONADO
- |   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| (¿Algunas otras?)   | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
| 1. Uso de alguna clase de alcohol.....  | 1         | 0         |
| 2. Uso de alguna clase de marihuana o hachís .....  | 1         | 0         |
| 3. Uso de alguna clase de crack, pasta o base de cocaína (“freebase”) u otras formas de cocaína ..... | 1         | 0         |
| 4. Uso de alguna clase de heroína u otro opioide .....  | 1         | 0         |
| 99. Uso de alguna otra clase de droga .....   | 1         | 0         |
| <b>(Por favor use códigos en S1 o describa)</b>   |           |           |
| v. _____  |           |           |

- \*\* S7c. En este momento, ¿está usted tomando medicinas por problemas de alcohol u otras drogas? **(Por favor describa)**.....
- |   |           |           |                              |
|---|-----------|-----------|------------------------------|
| 1 | <u>Sí</u> | <u>No</u> |                              |
|   | 1         | 0         | <b>[SI “NO”, PASE A S7d]</b> |
- v. \_\_\_\_\_

- S7c1. En este momento, ¿está usted tomando metadona?  
**(Codifique si se reportó en S7cv)**.....
- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1 | 1 | 0 |
|---|---|---|

[SI ES UNA ENTREVISTA DE ADMISIÓN: NO INCLUYA ESTE PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS]

Usando la **Tarjeta A ...**

- \* S7d. ¿Cuándo fue la **última** vez que recibió tratamiento, consejería, medicina, manejo de caso (“case management”) o tratamiento continuo (“aftercare”) por su uso de alcohol o **alguna** droga? **(Circule una)**
- En los últimos dos días .....6
  - Hace 3 a 7 días .....5
  - Hace 1 a 4 semanas .....4
  - Hace 1 a 3 meses .....3
  - Hace 4 a 12 meses .....2 [PASE A S8]
  - Hace más de 12 meses .....1 [PASE A S8]
  - Nunca.....0 [PASE A S8]

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de veces, noches o días. **(Si no uso de servicios en toda la vida en S7a, anote 0 en la hilera respectiva abajo)**

SATI  
\*\*

- S7e. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántas...
1. **veces** fue a una **sala de emergencia** para tratamiento por su abuso de alcohol u otras drogas? .....|\_|\_|\_|\_| Veces
  2. **noches** estuvo en una casa de reinserción (media casa, casa de, transición “halfway house”), programa **residencial**, internado u hospital (por sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas) .....|\_|\_|\_|\_| Noches
  3. **días** estuvo en un programa **ambulatorio (“outpatient”) intensivo** o programa diario (por sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas)?.....|\_|\_|\_|\_| Días
  4. **veces** fue a un programa **ambulatorio (“outpatient”) regular** (1-8 horas por semana) (por sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas)?.....|\_|\_|\_|\_| Veces
  5. **días** tomó medicinas como **metadona o Antabuse** para ayudarlo con sus síntomas de abstinencia o sus ansias de usar?.....|\_|\_|\_|\_| Días
  99. **días** fue a alguna **otra** clase de programa de tratamiento o trabajó con algún otro manejador de caso (“case manager”) por sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas? **(Por favor describa)**.....|\_|\_|\_|\_| Días
- v. \_\_\_\_\_

- \* S7f. En este momento, ¿está bajo tratamiento **regular** por sus problemas de alcohol u otras drogas? **(¿Adónde va?)** ..... Sí No [SI “NO”, PASE A S7g1]  
1 0
- v. \_\_\_\_\_

S7g. ¿Cuánto hace que está siendo tratado **regularmente**? |\_|\_|\_|\_|+|\_|\_|\_|\_|+|\_|\_|\_|\_|+|\_|\_|\_|\_|  
Años Meses Semanas Días

Las siguientes preguntas son acerca de todas las clases de tratamiento por abuso de sustancias en los que ha estado en los últimos 90 días.

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

TxRS	S7g. Como parte del tratamiento por abuso de sustancias, consejería, manejo de caso (“case management”) o tratamiento continuo (“aftercare”) que recibió en los últimos 90 días, ¿alguien... <b>(Si no le aplica, circule No)</b>	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	1. le atendió en su casa? .....	1	0
	2. lo llamó por teléfono entre cita y cita? .....	1	0
	3. le preguntó cuales pensaba que eran las ventajas de no usar drogas? .....	1	0
	4. enseñó o revisó con usted los pasos para evitar recaídas? .....	1	0
	5. le pidió que hablara acerca de las cosas divertidas que podría hacer sin alcohol u otras drogas?.....	1	0
	6. le habló de las diferentes maneras de solucionar problemas?.....	1	0
	7. se reunió con miembros de su familia más de una vez? .....	1	0
	8. se reunió con miembros de su familia para hablar de comunicación? .....	1	0
	9. habló con usted acerca de sus amigos?.....	1	0
	10. le dijo que se tiene que hacer un exámen de orina? .....	1	0
	11. habló con usted acerca de libertad probatoria (“probation”)?.....	1	0
	12. habló con su oficial de probatoria (“probation officer”)?.....	1	0
	13. habló con un consejero, maestro u otro adulto en su escuela?.....	1	0
	14. lo puso en contacto con otros servicios? .....	1	0
	15. puso a su familia en contacto con otros servicios?.....	1	0
	16. lo animó a que fuera a sus citas?.....	1	0
	17. le preguntó si fue a sus citas?.....	1	0
	18. le ayudó con transportación para que fuera a sus citas? .....	1	0
	19. le ayudó a entender las reglas de las agencias o sus derechos? .....	1	0
	S7g99. Aparte del tratamiento que nos ha dicho o de los servicios que acabamos de mencionar, ¿ha recibido otros servicios? <b>(Por favor describa)</b> .....	1	0
	v. _____		

**(Si hay más de una clase de tratamiento en S7e, incluyalos todos al responder las siguientes preguntas).**

Las siguientes preguntas son acerca de cómo se siente con respecto al personal en los programas donde ha recibido tratamiento y/o manejo de caso (“case management”).

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

TxSS	S7jj. ¿Está contento que el personal (en este programa/estos programas)...	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	1. hacía un buen trabajo?.....	1	0
	2. era justo con los clientes y pacientes? .....	1	0
	3. le explicaba las reglas del programa?.....	1	0
	4. tenía tiempo para verlo? .....	1	0
	5. respetaba a los clientes y pacientes? .....	1	0
	6. (el personal) y usted estaban de acuerdo con respecto a sus problemas?. .....	1	0
	7. le explicaba qué era lo que su tratamiento iba a lograr?.....	1	0
	8. le preguntaba su opinión acerca de sus problemas y cómo resolverlos? .....	1	0
	9. (el personal) y usted estaban de acuerdo con respecto a qué hacer acerca de su uso de sustancias? .....	1	0
	10. le ayudaba a hacer algo con respecto a su uso de sustancias?. .....	1	0
	11. (el personal) y usted estaban de acuerdo en qué hacer acerca de sus otros problemas?.....	1	0
	12. le ayudaba a hacer algo con respecto a sus otros problemas?.....	1	0
	13. respetaba los valores de su grupo cultural? .....	1	0
	14. le dio suficiente ayuda por ahora?.....	1	0

		<u>Sí</u>	<u>No</u>	
S7k.	¿Fue más de una vez a tratamiento de grupo?.....	1	0	[SI "NO", PASE A S7m]

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas acerca de **tratamiento de grupo**.

		<u>Sí</u>	<u>No</u>	
GES	S7kk. 1.	¿A usted le cayeron bien los otros miembros del grupo?.....	1	0
	2.	¿Habló de sus propios problemas?.....	1	0
	3.	¿A usted le gustó tener reglas de grupo?.....	1	0
	4.	¿Usted no les cayó bien a los otros miembros?.....	1	0
	5.	¿Amenazó un miembro del grupo con hacerle daño?.....	1	0
	6.	¿Le ofreció un miembro del grupo alcohol u otras drogas?.....	1	0
	7.	¿Otros miembros del grupo no siguieron las reglas?.....	1	0
	8.	¿Hizo el consejero un buen trabajo manejando el grupo?.....	1	0
	9.	¿Hizo el consejero un buen trabajo explicando los temas principales de la sesión?.....	1	0
	10.	¿Las otras personas en el grupo le cayeron mejor al consejero que usted?.....	1	0

		<u>Sí</u>	<u>No</u>	
S7m.	¿Fue a una o más noches de familia?.....	1	0	[SI "NO", PASE A S8]

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas acerca de las **noches de familia**.

		<u>Sí</u>	<u>No</u>	
FNES	S7m. 1.	¿A usted le cayeron bien los miembros de otras familias?.....	1	0
	2.	¿Habló de sus problemas familiares?.....	1	0
	3.	¿A usted le gustó tener reglas de grupo?.....	1	0
	4.	¿Usted o su familia le cayeron mal a los otros miembros del grupo?.....	1	0
	5.	¿Amenazó un miembro del grupo con hacerle daño a usted o su familia?.....	1	0
	6.	¿Le ofreció un miembro del grupo alcohol u otras drogas?.....	1	0
	7.	¿Otros miembros del grupo no siguieron las reglas?.....	1	0
	8.	¿Hizo el consejero un buen trabajo manejando el grupo?.....	1	0
	9.	¿Hizo el consejero un buen trabajo explicando los temas principales de la sesión?.....	1	0
	10.	¿Las otras personas en el grupo le cayeron mejor al consejero que usted o su familia?.....	1	0

Las siguientes preguntas son acerca de su tratamiento actual y su uso.

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas. Si alguna de las preguntas no le aplica en esta ocasión, por favor responda “No”.

		<u>Sí</u>	<u>No</u>
**	S8. <b>En este momento</b> , ¿siente que...		
TRI	a. estar en un programa de tratamiento le exige mucho? .....	1	0
	b. tiene demasiadas responsabilidades para poder estar en un programa de tratamiento? .....	1	0
	c. será difícil para usted decir no al alcohol u otras drogas donde ahora vive, trabaja o va a la escuela? .....	1	0
	d. sus amigos de antes podrían tratar de convencerlo de tomar o usar otras drogas de nuevo? .....	1	0
TMI	<b>En este momento</b> , ¿siente que...		
	e. está muy presionado para ponerse bajo tratamiento por alcohol u otras drogas? .....	1	0
	f. puede conseguir la ayuda que necesita en un programa de tratamiento por alcohol u otras drogas? .....	1	0
	g. necesita estar bajo tratamiento por lo menos un mes? .....	1	0
	h. probablemente necesitará regresar a tratamiento una o más veces durante toda su vida? .....	1	0
	j. necesita el apoyo de sus amigos y su familia para enfrentar su uso de alcohol u otras drogas? .....	1	0
SES	<b>En este momento</b> , ¿cree que ...		
	k. pasa mucho tiempo pensando acerca de alcohol u otras drogas? .....	1	0
	m. podría evitar usar alcohol u otras drogas en la <b>casa</b> ? .....	1	0
	n. podría evitar usar alcohol u otras drogas en <b>el trabajo o en la escuela</b> ? .....	1	0
	p. podría evitar usar alcohol u otras drogas <b>con sus amigos</b> ? .....	1	0
	q. podría evitar usar alcohol u otras drogas cuando <b>personas alrededor suyo las estaban usando</b> ? .....	1	0
POS	<b>En este momento</b> , ¿cree que ...		
	r. tiene <b>algunos</b> problemas relacionados con su uso de alcohol u otras drogas (incluyendo las cosas que acabamos de hablar)? .....	1	0
	s. entiende bien cómo el uso de alcohol y otras drogas está relacionado con sus problemas? .....	1	0
	t. sus problemas pueden y van a desaparecer? .....	1	0
	u. sabe hasta donde van a llegar sus problemas? .....	1	0
	v. sus problemas están fuera de control? .....	1	0
	w. sus problemas se pueden arreglar? .....	1	0

[SI “NO”, PASE A S9ab1]

Abajo hay algunas razones que algunas personas dan cuando quieren dejar de usar alcohol u otras drogas (incluyendo marihuana, cocaína, heroína y otras drogas que mencionó).

Por favor, responda Sí o No a las siguientes afirmaciones. Por favor use “No” para alguna que no le aplique a usted.

RFQ/ PMS	S9ab. En este momento quiere dejar de usar alcohol y otras drogas...	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	1. porque podrá pensar las cosas más claramente .....	1	0
	2. porque se sentirá mejor consigo mismo si lo deja .....	1	0
	3. porque su memoria va a funcionar mejor.....	1	0
	4. para terminar de hacer más cosas durante el día.....	1	0
	5. porque quiere tener más energía.....	1	0
	6. porque le preocupa que se va a morir muy pronto por usar alcohol u otras drogas.....	1	0
	7. para que su cabello y ropa no tengan mal olor .....	1	0
	8. para poder sentirse en control de su vida .....	1	0
	9. porque ha notado que el uso de alcohol u otras drogas está perjudicando su salud .....	1	0
	10. para no hacer agujeros en la ropa o los muebles .....	1	0
	11. porque le preocupa que si no lo deja tendrá problemas de salud.....	1	0
	12. porque el uso de alcohol u otras drogas no va con su forma de ser (“image”) .....	1	0
	13. para probarse a sí mismo que no está adicto .....	1	0
	14. porque el uso de alcohol u otras drogas se está poniendo menos de moda (menos “cool”) o menos aceptable socialmente .....	1	0
	15. para no tener que irse de fiestas o reuniones sociales o de la casa de otras personas para fumar, tomar o usar drogas. ....	1	0
	16. porque ha conocido otras personas con problemas de salud causados por el uso de alcohol u otras drogas.....	1	0
	17. para convencerse a sí mismo que puede dejarlo si realmente quiere .....	1	0
	18. porque quiere ahorrar el dinero que gasta usando alcohol u otras drogas.....	1	0
	19. por razones espirituales o religiosas .....	1	0
	20. por que quiere una vida mejor .....	1	0

RFQ/ IMS	S9ac. En este momento quiere dejar de usar alcohol u otras drogas...	<u>S</u> í	<u>N</u> o
	1. para que las personas que lo quieren hablen bien de usted .....	1	0
	2. porque personas que le quieren se disgustarán si no lo deja .....	1	0
	3. porque no quiere hacer quedar mal a su familia .....	1	0
	4. para que sus padres, novia, novio u otra persona que lo quieren dejen de fastidiarlo si lo deja .....	1	0
	5. porque alguien le dijo que lo dejara o sufriría las consecuencias .....	1	0
	6. porque recibiría un regalo especial si lo deja .....	1	0
	7. porque hay una regla o política de examen de alcohol u otras drogas en detención,probatoria (“probation”), libertad condicional (“parole”) o escuela .....	1	0
	8. por los problemas legales relacionados con su uso de alcohol u otras drogas .	1	0
	9. porque quiere conseguir un trabajo .....	1	0
	10. para mantener un trabajo.....	1	0
	11. porque está en embarazo/su compañera está embarazada .....	1	0
	12. porque tiene un hijo o hijos .....	1	0
	13. para recuperar su o sus hijos .....	1	0

S9ad. ¿Cuál es la razón principal o más importante para querer dejarlo ahora?  
(No pregunte “¿Algo más?”)

v1. \_\_\_\_\_

v2. \_\_\_\_\_

v3. \_\_\_\_\_

S9b. ¿Ya lo dejó? ..... Sí No [SI “NO”, PASE  
 1 0 A S9ab2]

Usando la **Tarjeta F** y respondiendo con 0% para “aún no está listo” hasta 100% para “completamente listo”...

S9b1. ¿Hasta que punto se siente listo **ahora** para seguir sin usar [PASE A  
 (abstinente) alcohol, marihuana, cocaína, heroína y otras drogas?.....|\_|\_| % S9c]

0%-----20%-----40%-----60%-----80%-----100%  
 no está listo listo  
 para seguir para seguir  
 sin usar (abstinente) sin usar (abstinente)

Usando la **Tarjeta F** y respondiendo con 0% para “aún no está listo” hasta 100% “completamente listo”...

S9b2. ¿Hasta que punto se siente listo **ahora** para dejar de usar [PASE A  
 alcohol, marihuana, cocaína, heroína y otras drogas?.....|\_|\_| % S9c]

0%-----20%-----40%-----60%-----80%-----100%  
 no está listo listo  
 a dejarlo a dejarlo

Ahora queremos revisar una lista de problemas comunes relacionados con el uso de alcohol u otras drogas.

Usando la **Tarjeta B** y respondiendo si fue en el último mes, hace 2-12 meses, 1 o más años o nunca...

Después de cada una de las siguientes preguntas, queremos que nos diga la **última** vez que tuvo este problema.

	Último mes	Hace 2-12 meses	1 + Años	Nunca
** S9. ¿Cuándo fue la <b>última</b> vez que...				

\*\*

SPS/O

c. trató de esconder que estaba usando alcohol u otras drogas? .....	3	2	1	0
d. sus padres, familia, compañero, compañeros de trabajo, compañeros de estudio se quejaron de su uso de alcohol u otras drogas? .....	3	2	1	0
e. usó alcohol u otras drogas todas las semanas o con más frecuencia? .....	3	2	1	0
f. su uso de alcohol u otras drogas causó que se sintiera deprimido, nervioso, desconfiado, desinteresado en todo, con menos deseo sexual u otros problemas psicológicos? .....	3	2	1	0
g. su uso de alcohol u otras drogas causó que tuviera entumecimientos, hormigueos, temblores, pérdida del conocimiento, hepatitis, tuberculosis ("TB"), enfermedades transmitidas sexualmente o algunos otros problemas de salud? .....	3	2	1	0

Usando la **Tarjeta B...**

		Último mes	Hace 2-12 meses	1 + Años	Nunca
**	S9. ¿Cuándo fue la <b>última</b> vez que...				
SPS/A	h. siguió usando alcohol u otras drogas aunque sabía que no lo estaban dejando cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa? .....	3	2	1	0
	j. usó alcohol u otras drogas donde la situación se hizo insegura o peligrosa para usted, tales como manejando un carro (MX: coche, auto, CUB: máquina), usando una máquina o donde pudieron haberlo forzado a tener relaciones sexuales o pudieron haberlo lastimado? .....	3	2	1	0
	k. su uso de alcohol u otras drogas le causó que tenga problemas a cada rato con la ley? .....	3	2	1	0
	m. siguió usando alcohol u otras drogas sabiendo que le estaban causando problemas sociales, llevándolo a peleas o metiéndolo en problemas con otras personas? .....	3	2	1	0
SPS/D	n. necesitó más alcohol u otras drogas para sentirse igual de drogado (“high”) o se dio cuenta que la misma cantidad no lo hacía sentirse tan drogado (“high”) como antes? .....	3	2	1	0
	p. tuvo problemas de abstinencia por el alcohol u otras drogas como las manos temblorosas, vómito, sentirse inquieto o no poder dormir o que usó alguna clase de alcohol o drogas para dejar de sentirse enfermo o para evitar los problemas de abstinencia (MX: malilla)?.....	3	2	1	0
	q. usó alcohol u otras drogas en cantidades más grandes, muchas veces o por más tiempo del que realmente quería? .....	3	2	1	0
	r. no pudo usar menos alcohol u otras drogas o dejar de usarlos? .....	3	2	1	0
	s. pasó mucho tiempo tratando de conseguir alcohol u otras drogas, usando alcohol u otras drogas o sintiendo los efectos del alcohol o las drogas (drogado/enfermo)?.....	3	2	1	0
	t. el uso de alcohol u otras drogas le causó que dejara, disminuyera o tuviera problemas con actividades importantes en el trabajo, escuela, casa o eventos sociales?.....	3	2	1	0
	u. siguió usando alcohol u otras drogas sabiendo que le causaban o le traían más problemas médicos, psicológicos o emocionales de los que ya tenía?.....	3	2	1	0
*	v. ¿Cuántos años tenía cuando se emborrachó o usó alguna droga por <b>primera vez</b> ? ..... <input type="text"/>   <input type="text"/>   Edad				

**(POR CADA RESPUESTA DE “NUNCA” EN S9h-u, SALTE LA HILERA CORRESPONDIENTE EN LA TABLA S9)**

<i>Definiciones útiles</i>
<b>Síntomas de abstinencia</b> son un grupo de síntomas físicos o emocionales que suceden cuando una persona que normalmente usa alcohol u otras drogas deja de usarlos, trata de dejar de usarlos o disminuye su uso.

S9. Hoja de trabajo detallada sobre el trastorno del uso de sustancias. (Si esta es una evaluación autoadministrada, por favor pídale ayuda al personal para completar la siguiente información) Para cada uno de los problemas identificados en S9h-u, pregunte: * Puede decirme qué sustancia... (Lea abajo)? * Aproximadamente, ¿cuándo pasó? (Usando la Tarjeta B) * ¿Alguna vez ha tenido este problema con alguna otra sustancia(s)? * Repita para cada Sx en S9 hasta que no haya mas por reportar. Anote el código de tiempo (3= Último mes, 2= Hace 2-12 meses, 1= Hace 1+años, "0" ó en blanco significa nunca).	Para uso del personal solamente										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
	Alcohol	Anfetaminas	Marihuana	Cocaína	Alucinógeno	Inhalante	Opioide	PCP	Sed./Hip./Ansiolíticos	Poli-sustancia *	Otro
<b>Criterio de abuso</b>											
h. le causó que no cumpliera con sus responsabilidades? (A1)											X
j. usó en situaciones inseguras? (A2)											X
k. le causó que tenga problemas a cada rato con la ley? (A3)											X
m. siguió usando sabiendo que lo estaban llevando a peleas o metiéndolo en problemas con otras personas? (A4)											X
<b>Criterio de dependencia</b>											
n. necesitó más para sentirse drogado? (D1)											
p. tuvo síntomas de abstinencia? (D2)											
q. usó más o por más tiempo del que realmente quería? (D3)											
r. no pudo usar menos o dejar de usar? (D4)											
s. pasó mucho tiempo tratando de conseguir o usando? (D5)											
t. le causó que dejara actividades o le causó problemas? (D6)											
u. siguió usando a pesar de problemas médicos o psicológicos? (D7)											
<b>Importancia clínica (para cada droga cuyo criterio de abuso/dependencia es 1+ pregunte... )</b>											
v. A qué edad usó por primera vez... (se emborrachó):											X
w. Cómo usa normalmente... (1-oral, 2-fumando, 3-inhalando, 4-intramuscular, 5-intravenoso, 6- NA, 7-otro)											X
x. Orden del enfoque clínico (1-primario, 2-secundario, 3-terciario, etc.)											X
y. Diagnóstico del uso de sustancias (Marque la fila más alta que le aplica. Use poli-sustancia únicamente si no se cumple dependencia para una sola sustancia)											
1. Dependencia con Sx fisiológico (3+Sx en n-u) & (n o p)											
2. Dependencia sin Sx fisiológico (3+Sx en n-u)											
3. Abuso (1+Sx en h-m)											X
<b>z. Codificación del curso de la dependencia (Sí dependencia de toda la vida, marque la fila más alta que aplica)</b>											
1. En un ambiente controlado (mitad+ tiempo en CE-S2x GT 44)											
2. En terapia agonista (mitad+ tiempo en Tx- S7e5 1GT 44)											
3. Remisión total sostenida (No último año Sx en n-u)											
4. Remisión total temprana (No último mes Sx en n-u)											
5. Remisión parcial sostenida (1-2 último año Sx en n-u)											
6. Remisión parcial temprana (1-2 últimos meses Sx en n-u)											

Sx = Síntoma; A1-4 = DSM IV criterio de abuso; D1-7 = DSM IV criterio de dependencia; CE = ambiente controlado; Tx = Tratamiento; GT = más de

\* Requiere 1-2 síntomas de dependencia para 3 o más clases de sustancias pero no dependencia para alguna sola sustancia.

Usando la **Tarjeta E** y respondiendo “inmediatamente”, “en los próximos 3 meses”, “dentro de 3 meses o más a partir de hoy”, “ya está recibiendo la ayuda que necesita”, o “no necesita ayuda” ...

- S10. ¿**Cuándo** cree que necesitará (más) ayuda con su situación **actual** de uso de alcohol u otras drogas? Diría que... **(Circule una)**
- Inmediatamente .....4
  - En los próximos 3 meses .....3
  - Dentro de 3 meses o más a partir de hoy .....2
  - Ya está recibiendo la ayuda que necesita.....1 **[PASE A P1]**
  - No necesita ayuda.....0 **[PASE A P1]**

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

- S10a. **En este momento**, ¿quiere (más) **ayuda** con problemas relacionados con ...
- |   | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|---|-----------|-----------|
| 1. su uso de alcohol u otras drogas? .....  | 1         | 0         |
| 2. uso de alcohol u otras drogas en su familia? .....   | 1         | 0         |
| 3. situación en su casa, trabajo o escuela? .....   | 1         | 0         |
| 4. AA, NA, CA u otro grupo de autoayuda y grupos de apoyo? .....  | 1         | 0         |
| 5. desintoxicación? .....   | 1         | 0         |
| 6. conseguir tratamiento? .....   | 1         | 0         |
| 7. conseguir metadona (Methadose), Antabuse u otra medicina (disulfiram, LAAM) para controlar los síntomas de abstinencia o ansias de alcohol u otras drogas? ..... | 1         | 0         |
| 99. alguna otra cosa relacionada con su uso de alcohol u otras drogas? ( <b>Por favor describa</b> ) .....  | 1         | 0         |
| v. _____  |           |           |

*Para uso del personal solamente*

S11. Escala de Urgencia [SEU]: No <input type="checkbox"/> 0 Ya tiene <input type="checkbox"/> 1 En 3 meses <input type="checkbox"/> 2 0-3 Meses <input type="checkbox"/> 3 Ahora <input type="checkbox"/> 4
S12. Escala de Negación [SEN]: Ninguno <input type="checkbox"/> 0 Algo <input type="checkbox"/> 1 Malinterp. <input type="checkbox"/> 2 Negación <input type="checkbox"/> 3 Mintiendo <input type="checkbox"/> 4

AGUR  
AGDM\*

**P. Estado de salud**

Las siguientes preguntas son sobre su salud y cómo se ha estado sintiendo físicamente.

BAC\* P1. Aproximadamente, ¿cuánto **mide**? .....|\_| + |\_|\_|  
 Pies Pulgadas

\* P2. Aproximadamente, ¿cuánto **pesa** sin zapatos? .....|\_|\_|\_|  
 Libras

HDS\* P3. **Durante los últimos 12 meses**, ¿cómo ha estado su salud en general? **(Circule una)**

Excelente .....	0
Muy buena .....	1
Buena.....	2
Regular .....	3
Mala.....	4

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

P3. <b>Durante los últimos 12 meses</b> , ¿su salud ha <b>limitado</b> su habilidad de hacer ...	<u>Sí</u>	<u>No</u>	
a. actividades vigorosas como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes activos? .....	1	0	[SI "NO", PASE A P3d]
b. actividades moderadas como mover una mesa, cargar comestibles (MX: mandado; PR, CUB: la compra) o participar en deportes ligeros?.....	1	0	[SI "NO", PASE A P3d]
c. actividades ligeras como doblarse, levantar (objetos, cosas) o agacharse (para recoger algo)?.....	1	0	

**Durante los últimos 12 meses**, ¿ha ...

d. perdido o ganado 10 libras o más <b>sin</b> proponérselo? .....	1	0
e. tenido mucho <b>dolor o malestar físico (molestia)</b> ? .....	1	0
f. estado <b>preocupado</b> acerca de su salud o comportamientos? .....	1	0
g. tenido problemas de salud que no le <b>dejaron</b> cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa?.....	1	0
h. tenido dificultades pulmonares o respiratorias?.....	1	0
j. tenido dolor al orinar?.....	1	0
k. tosido u orinado sangre?.....	1	0

Las siguientes preguntas son acerca de cualquier problema físico que pueda tener. Por favor incluya problemas como usar lentes (PR: espejuelos de receta, COL: gafas) o lentes de contacto, aparato auditivo, brazos y piernas artificiales o dificultades al caminar o moverse de un lugar a otro.

P4. ¿Tiene algún problema con la visión, audición, brazos y piernas, o algún otro problema comunicándose o moviéndose?  
(¿Algún otro problema?)

	MENCIONADO		
	<u>Si</u>	<u>No</u>	
1. Algún problema .....	1	0	[SI "0", PASE A P5_1]
3. Sordo .....	1	0	
4. Audición limitada u otros problemas auditivos .....	1	0	
5. Legalmente ciego .....	1	0	
6. Visión limitada u otros problemas con la visión.....	1	0	
7. Perdió algún brazo o pierna .....	1	0	
8. Otras dificultades para mover las manos, pies, o el cuerpo .....	1	0	
99. Otros impedimentos físicos ( <b>Por favor describa</b> ) .....	1	0	
v. _____			

\*\* P5\_1 ¿Ha (estado/dejado a alguien) **alguna vez** embarazada?

	<u>Si</u>	<u>No</u>	
	1	0	[SI "NO", PASE A P6a]

P5a1. Aproximadamente, ¿cuándo comenzó (su/el) **último** embarazo? (Aclare y codifique)

Durante los últimos 90 días.....	1
Hace 4 a 6 meses .....	2
Hace 7 a 9 meses .....	3
Hace 10 a 12 meses .....	4
Hace más de un año .....	5

P5b1. ¿Que ocurrió (o está ocurriendo) con ese embarazo? (Aclare y codifique)

Llevó el embarazo a término – nació vivo? .....	1	[CONTINÚE]
¿Aborto espontáneo o natural?.....	2	[PASE A P6a]
¿Aborto? .....	3	[PASE A P6a]
¿No está seguro? .....	4	[PASE A P6a]
¿Está embarazada? .....	5	[PASE A P6a]
¿Otro? ( <b>Por favor describa</b> ).....	6	[PASE A P6a]
v. _____		

P5c1. ¿Cuánto **pesó** el bebé al nacer?.....|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|  
Libras Onzas

P5d. ¿Cuál fue la fecha de nacimiento del bebé? ..... |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
(mm / dd / aaaa)

Usando la **Tarjeta B...**

P6. ¿Cuándo fue la <b>última</b> vez, si alguna, que un médico (doctor) o enfermera le dijo que tiene ...	Último Mes	Hace 2-12 meses	1+ años	Nunca
	3	2	1	0

- a. **hepatitis**, ictericia amarilla o cirrosis del hígado? ..... 3 2 1 0
- b. **tuberculosis** o TB? ..... 3 2 1 0
- c. el virus de inmunodeficiencia humana, VIH/SIDA?..... 3 2 1 0
- [En Illinois, anote la respuesta a P6c en archivo separado y seguro].
- d. otras **enfermedades transmitidas sexualmente**, como sífilis, gonorrea o clamidia? ..... 3 2 1 0
- e. otras enfermedades infecciosas? (**Por favor describa**)..... 3 2 1 0
- v. \_\_\_\_\_

[SI NO REPORTÓ NINGUNA EN P6a-e, PASE A P7a]

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

P6f. **En este momento**, ¿está usted recibiendo tratamiento para alguna de estas enfermedades? ..... Sí No  
 1 0

P7a-h ¿Ha tenido **alguna vez** las siguientes enfermedades de la niñez? Sí No

- a. Rubéola ..... 1 0
- b. Varicela (“chicken pox”) ..... 1 0
- c. Paperas (PR: farfallota) ..... 1 0
- d. Fiebre reumática ..... 1 0
- e. Sarampión ..... 1 0
- f. Tosferina ..... 1 0
- g. Polio ..... 1 0
- h. Otras enfermedades de la niñez (**Por favor describa**)..... 1 0

v. \_\_\_\_\_

P7j. ¿Le han puesto todas las vacunas de la niñez?..... Sí No  
 1 0

<i>Definiciones útiles</i>
<b>Rubéola</b> o sarampión alemán o de 3 días es una infección viral acompañada de fiebre y erupción en la piel.
<b>Varicela:</b> es una infección viral acompañada de cientos de ampollas llenas de líquido.
<b>Paperas:</b> es una infección que se caracteriza por la inflamación de las glándulas salivares.
<b>Fiebre reumática:</b> es una enfermedad inflamatoria que se caracteriza por dolor en las articulaciones e inflamación de áreas del corazón.
<b>Sarampión:</b> es una enfermedad causada por un virus que se caracteriza por tos, fiebre y erupciones en la piel.
<b>Tosferina:</b> es una infección bacterial que ocasiona tos violenta e incontrolable.
<b>Polio:</b> es una infección viral que infecta el sistema nervioso que puede causar síntomas como los de la gripe o influenza, y en pocos casos parálisis.

- P8. ¿Cuándo le pusieron su **última** vacuna para el tétano? **(Aclare y circule una)**
- Durante el año pasado..... 5
  - Hace 1 a 2 años ..... 4
  - Hace 3 a 7 años ..... 3
  - Hace 8 a 10 años ..... 2
  - Hace más de 10 años ..... 1
  - Nunca..... 0

Usando la **Tarjeta A** ...

- HPS  
\*\*
- P9. ¿Cuándo fue la **última** vez, si alguna, que le molestó algún problema médico o de salud o que estos no le dejaron cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa? (Por favor, incluya asma, alergias, y problemas con la menstruación). **(Circule una)**
- En los últimos dos días .....6
  - Hace 3 a 7 días .....5
  - Hace 1 a 4 semanas .....4
  - Hace 1 a 3 meses .....3
  - Hace 4 a 12 meses .....2 [PASE A P10]
  - Hace más de 12 meses .....1 [PASE A P10]
  - Nunca.....0 [PASE A P10]

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de días.

- P9a. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos **días** le molestó **algún** problema médico o de salud? .....   **[SI "0", PASE A P10]**  
Días

- P9b. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos **días** problemas médicos no le dejaron cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa?.....    
Días

- P9c. ¿Qué problema estaba teniendo?
- v1. \_\_\_\_\_
  - v2. \_\_\_\_\_
  - v3. \_\_\_\_\_

- P10. ¿Necesita ayuda con algún problema médico (o de salud) para poder asistir a tratamiento? (**Por favor describa**) ..... Sí No  
1 0

- v1. \_\_\_\_\_
- v2. \_\_\_\_\_
- v3. \_\_\_\_\_

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

PHPI	P10. ¿ <b>Alguna vez</b> ha recibido tratamiento o le ha dicho un profesional de la salud que tiene...	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	a. alergias a medicinas específicas, alimentos, polen u otras cosas? ( <b>Por favor describa</b> ) ..... v. _____	1	0
	b. problemas dentales serios que no se han tratado (tales como enfermedad de la encía o dientes que hay que sacar)? .....	1	0
	c. lesiones físicas o heridas sin curar (tales como huesos rotos, heridas de cuchillo o pistola, cortaduras/magulladuras o moretones que no desaparecen)? .....	1	0
	d. convulsiones, migrañas o problemas del sistema nervioso (tales como epilepsia, ataques, derrames cerebrales o pérdidas del conocimiento)? .....	1	0
	e. problemas del corazón, la sangre o la circulación (tales como presión sanguínea alta o baja, endocarditis, palpitaciones del corazón irregulares, angina de pecho, ataque del corazón, enfermedades de la sangre, sangrado o magulladura anormal)?.....	1	0
	f. asma, corto de respiración, ronquera, tose sangre o flema, u otro problema respiratorio (tales como bronquitis, pulmonía, enfisema o hacer silbido al respirar)?.....	1	0
	g. tumores, cáncer o hinchazón bajo la piel poco comunes (tales como problemas del pulmón, la sangre, leucemia, senos, testículos, colon, neoplasma, cáncer de la piel o sarcoma de Kaposi)? .....	1	0
	h. diabetes, tiroides u otros problemas relacionados con la forma en que el cuerpo se controla a sí mismo (tales como azúcar en la sangre alta o baja, control del crecimiento, peso, fluidos, desarrollo temprano o tardío del cuerpo, problemas glandulares u hormonales)? .....	1	0
	j. falta de vitaminas, acumulación de líquidos, anemia o problemas que tienen que ver con la forma en que el cuerpo se abastece de lo que necesita (tales como calcio, ácido fólico, yodo o deficiencias de vitamina B, gota, deshidratación, anemia de células falsiformes)? .....	1	0
	k. problemas del estómago o sistema digestivo (tales como úlceras o colitis, náusea, vómito, diarrea persistente o estreñimiento, acidez o ardor estomacal)? .....	1	0
	m. problemas de sexualidad o fertilidad (tales como dolor durante el coito, eyaculación prematura o incapacidad para eyacular, impotencia o falta de capacidad para tener hijos)? ....	1	0
	n. problemas femeninos (tales como infección vaginal o candidiasis, problemas con la menstruación, cólicos menstruales, dolor al orinar, flujo inusual, infecciones del tracto urinario, quistes o cáncer del seno)? ( <b>Sí es hombre, circule No</b> ) .....	1	0
	p. problemas masculinos (tales como picazón o comezón genital, dolor al orinar, flujo inusual, infecciones del tracto urinario, cáncer de los testículos, problemas o cáncer de la próstata)? ( <b>Sí es mujer, circule No</b> ).....	1	0
	q. problemas de huesos, músculos o de los pies (tales como artritis, dolor crónico de la espalda, rigidez o entumecimiento permanente, parálisis, bursitis, juanetes o hinchazón)?.....	1	0
	r. problemas de la piel (tales como úlceras de la piel o cáncer, salpullido (erupciones de la piel), lesiones u otras infecciones de la piel)? .....	1	0
	s. algún otro problema médico o condición seria además de las que hemos mencionado? ( <b>Por favor describa</b> ) .....	1	0
	v. _____		

[SI ES HOMBRE, CIRCULE “0” EN P10u1 Y PASE A P11]

Usando la **Tarjeta A...**

- P10u1. ¿Cuándo **empezó** su última menstruación? **(Círcule una)**
- En los últimos dos días .....6
  - Hace 3 a 7 días .....5
  - Hace 1 a 4 semanas .....4
  - Hace 1 a 3 meses .....3
  - Hace 4 a 12 meses .....2
  - Hace más de 12 meses .....1
  - Nunca.....0 **[PASE A P11]**

P10u2. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación? .....|\_|\_|Edad

Las siguientes preguntas son acerca del tratamiento para lesiones o problemas de salud (incluyendo embarazo y el dar a luz). No cuente consejería o tratamiento que fuera solo para su uso de alcohol u otras drogas o problemas psicológicos aqui. (Anote "0" para ninguno)

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de veces.

- \*\* P11. ¿Cuántas veces en su vida...
- a. ha recibido tratamiento en una sala de emergencia por problemas de salud? ..... | | | | | Veces
  - b. ha sido hospitalizado por lo menos una noche por problemas de salud? ..... | | | | | Veces
  - c. ha tenido cirugía ambulatoria ("outpatient") por problemas de salud? ..... | | | | | Veces
  - d. En este momento, ¿está usted tomando medicinas para alergias o problemas de salud? (Por favor describa) ..... Sí No  
1 0
  - v. \_\_\_\_\_

Usando la Tarjeta A...

- e. ¿Cuándo fue la última vez que vio a un médico (doctor) o enfermera acerca de un problema de salud o tomó medicinas recetadas por problemas de salud? (Círcule una) (Tarjeta A)

  - En los últimos dos días .....6
  - Hace 3 a 7 días .....5
  - Hace 1 a 4 semanas .....4
  - Hace 1 a 3 meses .....3
  - Hace 4 a 12 meses .....2 [PASE A P12]
  - Hace más de 12 meses .....1 [PASE A P12]
  - Nunca.....0 [PASE A P12]

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de veces, noches o días. (Si no uso de servicios en toda la vida arriba, anote "0" en la respectiva hilera abajo)

**Durante los últimos 90 días, ¿cuántas...**

- PHTI
- f. veces tuvo que ir a una sala de emergencia por un problema de salud? ..... | | | | | Veces
  - g. noches en total pasó en un hospital por un problema de salud?..... | | | | | Noches
  - h. veces tuvo una cirugía ambulatoria ("outpatient") por un problema de salud?..... | | | | | Veces
  - j. veces vio a un médico (doctor) o enfermera en una oficina o clínica ambulatoria ("outpatient") por un problema de salud? ..... | | | | | Veces
  - jl días tomó medicinas recetadas por un problema de salud? ..... | | | | | Días
  - k. En este momento, ¿está usted bajo tratamiento por algún problema de salud? (¿Adónde va?) ..... Sí No [SI "NO",  
1 0 PASE A P12]
  - v. \_\_\_\_\_

- m. ¿Por cuánto tiempo ha estado recibiendo tratamiento regularmente? ..... | | | | | + | | | | | + | | | | | + | | | | |  
Años Meses Semanas Días

Las siguientes preguntas son acerca de parientes de sangre. Esto incluye sus hijos, hermanos, hermanas, padres, tíos, tías y abuelos. **(Por favor, anote “NS” si no sabe).**

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

**	P12. ¿Alguno de sus parientes de sangre ha tenido <b>alguna</b> vez ...	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	a. problemas con el uso de alcohol?.....	1	0
	b. problemas con el uso de drogas?.....	1	0
	c. problemas del corazón o la sangre?.....	1	0
	d. diabetes?.....	1	0
	e. problemas emocionales, mentales o psicológicos?.....	1	0
	f. otros problemas que le hayan causado estar enfermo o en tratamiento muchas veces?.....	1	0
	P12g. ¿Es usted adoptado?.....	1	0

Usando la **Tarjeta E...**

AGHS	P13. ¿ <b>Cuándo</b> necesitará (más) ayuda con sus problemas de salud <b>actuales</b> ? Diría que ...	<b>(Circule una)</b>	
	Inmediatamente.....	4	
	En los próximos 3 meses .....	3	
	Dentro de tres meses o más a partir de hoy .....	2	
	Ya está recibiendo la ayuda que necesita .....	1	[PASE A R1]
	No necesita ayuda .....	0	[PASE A R1]

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

P13a.	<b>En este momento</b> , ¿quiere (más) ayuda con ...	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	1. obtener tratamiento dental?.....	1	0
	2. embarazo, post-parto o planificación familiar?.....	1	0
	3. examen, consejería o educación acerca de hepatitis, tuberculosis (“TB”), VIH o enfermedades transmitidas sexualmente?.....	1	0
	4. ayuda con problemas de sexualidad o fertilidad?.....	1	0
	5. recibir tratamiento para la salud? .....	1	0
	6. enfrentar sus problemas de salud actuales?.....	1	0
	7. pagar por tratamiento de salud? .....	1	0
	8. incapacidad física/terapia física?.....	1	0
	99. alguna otra cosa relacionada con su situación de salud? <b>(Por favor describa)</b> .....	1	0
	v. _____		

*Para uso del personal solamente*

AGUR	P14. Escala de Urgencia [PEU]: No <input type="checkbox"/> 0 Ya tiene <input type="checkbox"/> 1 En 3 meses <input type="checkbox"/> 2 0-3 Meses <input type="checkbox"/> 3 Ahora <input type="checkbox"/> 4
AGDM*	P15. Escala de Negación [PEN]: Ninguno <input type="checkbox"/> 0 Algo <input type="checkbox"/> 1 Malinterp. <input type="checkbox"/> 2 Negación <input type="checkbox"/> 3 Mintiendo <input type="checkbox"/> 4

**R. Comportamientos de riesgo y prevención de enfermedades**

Ahora, queremos hacerle unas preguntas muy personales acerca de comportamientos que pueden haberlo puesto a riesgo o reducido su riesgo de contraer o propagar enfermedades infecciosas. Recuerde, por favor, que todas sus respuestas son estrictamente confidenciales. Las primeras preguntas son acerca del uso de agujas para inyectarse drogas o medicinas. **No** incluya inyecciones que le haya puesto un médico (doctor) o enfermera pero incluya si fue inyectado por alguien más o si usted mismo se inyectó las medicinas.

Usando la **Tarjeta A...**

NFS  
\*\*

- R1. ¿Cuándo fue la **última** vez, si alguna, que usó una **aguja para inyectarse drogas o medicinas**? Por favor, incluya medicinas recetadas por un médico (doctor). (Circule una)
- En los últimos dos días .....6
  - Hace 3 a 7 días .....5
  - Hace 1 a 4 semanas .....4
  - Hace 1 a 3 meses .....3
  - Hace 4 a 12 meses .....2
  - Hace más de 12 meses .....1 [PASE A R2]
  - Nunca.....0 [PASE A R2]

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

- NPS R1. **Durante los últimos 12 meses,**
- |   | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|---|-----------|-----------|
| a. ¿usó una aguja para inyectarse (MX: tirarse; PR, COL: chutarse) drogas? .....                                  | 1         | 0         |
| b. ¿volvió a usar una aguja que <b>usted</b> ya había usado antes?.....   | 1         | 0         |
| c. ¿volvió a usar una aguja <b>sin</b> limpiarla <b>primero</b> con blanqueador o agua hirviendo? .....           | 1         | 0         |
| d. ¿usó una aguja que sabía o sospechaba que <b>alguien más</b> había usado antes? ...                            | 1         | 0         |
| e. ¿usó el <b>agua de enjuague, el quemador o algodón de alguien más,</b> después que ellos lo usaron? .....      | 1         | 0         |
| f. ¿alguna vez dejó su aguja <b>sin limpiar</b> con blanqueador o agua hirviendo <b>después</b> que la usó? ..... | 1         | 0         |
| g. ¿dejó que alguien más usara su aguja <b>después</b> que usted la usó?.....                                     | 1         | 0         |
| h. ¿dejó que alguien más usara el <b>agua de enjuague, el quemador o algodón</b> después que usted los usó? ..... | 1         | 0         |
| j. ¿permitió que alguien más le inyectara drogas? .....   | 1         | 0         |

[SI SE REPORTÓ HACE 4 A 12 MESES EN R1, PASE A R2]

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de días o el número de personas.

- NFS k. **Durante los últimos 90 días,** ¿cuántos **días** usó una aguja para inyectarse cualquier clase de droga o medicinas?.....       [SI "O", PASE A R2]  
Días
- m. **Durante los últimos 90 días,** ¿con cuántas **personas** compartió agujas o herramientas (agua de enjuague, quemador, algodón)? .....       [SI "O", PASE A R2]  
Personas
- n. **Durante los últimos 90 días,** ¿cuántos **días** compartió agujas con otras personas? .....        
Días

Las siguientes preguntas son acerca de tener relaciones sexuales. Al referirnos a relaciones sexuales esto incluye sexo vaginal, oral o anal con alguien. (Sexo vaginal es cuando un hombre pone su pene dentro de la vagina de una mujer. Sexo oral es cuando una persona pone su boca en el pene o la vagina de otra persona. Sexo anal es cuando un hombre pone su pene en el ano o trasero de otra persona).

Usando la **Tarjeta A...**

- \*\* R2. ¿Cuándo fue la **última** vez, si alguna, que tuvo **cualquier clase de sexo vaginal, oral o anal** con otra persona? **(Circule una)**
- En los últimos dos días .....6
  - Hace 3 a 7 días .....5
  - Hace 1 a 4 semanas .....4
  - Hace 1 a 3 meses .....3
  - Hace 4 a 12 meses .....2
  - Hace más de 12 meses .....1 [PASE A R3a]
  - Nunca.....0 [PASE A R3a]

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

- SxRS R2. **Durante los últimos 12 meses,**
- |   | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|---|-----------|-----------|
| a. ¿tuvo relaciones sexuales mientras usted o su pareja estaban <b>bajo los efectos del alcohol u otras drogas</b> ? .....  | 1         | 0         |
| b. ¿tuvo relaciones sexuales <b>con alguien que se inyectaba drogas</b> ?.....  | 1         | 0         |
| c. ¿tuvo <b>relaciones sexuales anales</b> (pene por el trasero)?.....  | 1         | 0         |
| d. ¿tuvo relaciones sexuales con un hombre que podría haber tenido <b>relaciones sexuales con otros hombres</b> ?.....  | 1         | 0         |
| e. ¿ <b>intercambió</b> relaciones sexuales para conseguir drogas, regalos o dinero? .....  | 1         | 0         |
| f. ¿usó drogas, regalos o dinero para <b>comprar</b> u obtener relaciones sexuales? .....   | 1         | 0         |
| g. ¿tuvo <b>dos o más</b> parejas sexuales?.....  | 1         | 0         |
| h. ¿tuvo relaciones sexuales con una pareja <b>hombre</b> ? .....   | 1         | 0         |
| j. ¿tuvo relaciones sexuales con una pareja <b>mujer</b> ? .....  | 1         | 0         |
| k. ¿tuvo relaciones sexuales <b>sin</b> usar alguna clase de condón, barrera bucal u otra barrera para protegerse y proteger su pareja de enfermedades o embarazo?..... | 1         | 0         |
| m. ¿tuvo mucho <b>dolor</b> durante o después de tener relaciones sexuales? .....   | 1         | 0         |
| n. ¿usó alcohol o drogas para hacer que las relaciones sexuales <b>duraran más o dolieran menos</b> ? .....   | 1         | 0         |

R2 Continuación

\*\* [SI SE REPORTÓ HACE 4 A 12 MESES EN R2, PASE A R3]

[SI NO TUVO PAREJAS HOMBRES EL AÑO PASADO, ANOTE "0" EN R2p]

[SI NO TUVO PAREJAS MUJERES EL AÑO PASADO, ANOTE "0" EN R2q]

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de parejas o veces.

**Durante los últimos 90 días, ...**

p. ¿con cuántas parejas hombre tuvo sexo? .....|\_|\_|\_|\_| Parejas

q. ¿con cuántas parejas mujeres tuvo sexo? .....|\_|\_|\_|\_| Parejas

SPR r. ¿cuántas veces tuvo alguna clase de relación sexual vaginal,  
oral o anal con alguien?.....|\_|\_|\_|\_| Veces  
[SI "0", PASE A R3a]

s. **cuando tuvo relaciones sexuales**, ¿cuántas veces usó alguna clase de  
condón, barrera bucal u otra barrera para protegerse y proteger su  
pareja de enfermedades o embarazo? .....|\_|\_|\_|\_| Veces

R3a. ¿Qué métodos anticonceptivos, si alguno, tratan de usar usted y su pareja  
para evitar el embarazo o prevenir enfermedades transmisibles  
sexualmente? (¿Algún otro método?)

**MENCIONADO**

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	
1. No usa anticonceptivos regularmente.....	1	0	[SI "0", PASE A R4]
2. Sigue su/la menstruación o ciclo de la mujer.....	1	0	
3. Se retira antes de que usted/el hombre eyacule.....	1	0	
4. Espuma, ducha o supositorio .....	1	0	
5. Píldora anticonceptiva .....	1	0	
6. Dispositivo intrauterino .....	1	0	
7. Condón u otra barrera.....	1	0	
8. No tiene relaciones sexuales o coito.....	1	0	
9. Esteril, ligó las trompas, vasectomía o infértil.....	1	0	
99. Algo más ( <b>Por favor describa</b> ).....	1	0	
v. _____			

Usando la **Tarjeta A...**

- \* R4. ¿Cuándo fue la **última** vez que fumó o usó alguna clase de tabaco?  
 Por favor, incluya cigarrillos, cigarros, tabaco de mascar y pipas. **(Circule una)**
- En los últimos dos días..... 6
  - Hace 3 a 7 días..... 5
  - Hace 1 a 4 semanas..... 4
  - Hace 1 a 3 meses..... 3
  - Hace 4 a 12 meses..... 2 [PASE A R4c]
  - Hace más de 12 meses ..... 1 [PASE A R4c]
  - Nunca ..... 0 [PASE A R5]

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de días o veces.

- \* a. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos **días** fumó o usó **alguna** clase de tabaco?.....     
 Días [SI "0", ANOTE "0" EN R4b Y CONTINUE]
- \* b. En esos días, normalmente, ¿**cuántas veces al día** fumó o usó alguna clase de tabaco? .....      
 Veces

*Nota: Una cajetilla de cigarrillos serían aproximadamente 20 veces*

- c. ¿Qué edad tenía cuando fumó o usó alguna clase de tabaco por primera vez? .....     
 Edad

Usando la **Tarjeta B...**

TDS

Ahora queremos repasar una lista de problemas comunes relacionados con el uso de tabaco. Después de cada una de las siguientes preguntas, queremos que nos diga cuándo fue la <b>última</b> vez que tuvo este problema.  R4c. ¿Cuándo fue la <b>última</b> vez que...	Último Mes	Hace 2-12 Meses	1+Años	Nunca
	3	2	1	0

n. necesitó más tabaco para obtener el mismo efecto? .....	3	2	1	0
p. tuvo dolores de cabeza u otros síntomas de abstinencia cuando trató de dejar de fumar o trató de usar menos tabaco? .....	3	2	1	0
q. usó más tabaco o lo usó por más tiempo del que realmente quería?.....	3	2	1	0
r. no pudo usar menos o dejar de usar tabaco? .....	3	2	1	0
s. pasó mucho tiempo usando o tratando de conseguir tabaco?.....	3	2	1	0
t. el tabaco le causó que dejara actividades o tuviera problemas? .....	3	2	1	0
u. siguió usando tabaco a pesar de problemas médicos o psicológicos?.....	3	2	1	0

<i>Para uso del personal solamente</i> (Diagnóstico detallado del tabaco opcional)	
R4cy. Diagnóstico para el uso de sustancias (marque la primera fila que aplica; nota-no hay diagnóstico para abuso de tabaco)	
1. Dependencia con Sx fisiológico (3+Sx en n-u) & (n o p)	1
2. Dependencia sin Sx fisiológico (3+Sx en n-u)	2
R4cz. Codificación del curso de la dependencia (Si dependencia de toda la vida, marque la primera fila que aplique).	
1. En un ambiente controlado (Mitad + tiempo en CE – S2x GT 44)	1
2. Terapia agonista (Mitad + tiempo en Tx – S7e5 GT 44)	2
3. Remisión total sostenida (No último año Sx en n-u)	3
4. Remisión total temprana (No último mes Sx en n-u)	4
5. Remisión sostenida parcial (1-2 último año Sx en n-u)	5
6. Remisión parcial temprana (1-2 últimos meses Sx en n-u)	6

Sx = Síntoma; D1-7 = DSM IV criterio de dependencia; CE = ambiente controlado; Tx = Tratamiento; GT = más de

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de días.

- R5. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos **días** usted... Días
- a. estuvo sin comer o vomitó la mayor parte de lo que comió?.....|\_|\_|
- b. hizo ejercicio al menos 20 minutos al día? .....|\_|\_|

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de veces.

- R6. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántas **veces** fue a clases o sesiones sobre los siguientes temas? Veces
- a. Dieta o nutrición .....|\_|\_|
- b. Ejercicio.....|\_|\_|
- c. Relajamiento.....|\_|\_|
- d. Prevención de VIH/SIDA.....|\_|\_|
- e. Consejería, educación o pruebas para VIH y otros temas de salud.....|\_|\_|
- f. Cómo dejar de fumar.....|\_|\_|
- g. Clases sobre prevención u otras clases de salud (**Por favor describa**) ....|\_|\_|
- v. \_\_\_\_\_

Usando la **Tarjeta E...**

- AGHS R7. **¿Cuándo** necesitará (más) ayuda para cambiar su modelo de dieta, ejercicio, uso de agujas, actividad sexual, el fumar u otros riesgos para la salud? Diría que ... **(Circule una)**
- Inmediatamente.....4
- En los próximos tres meses.....3
- Dentro de tres meses o más a partir de hoy.....2
- Ya está recibiendo la ayuda que necesita.....1 **[PASE A M1a]**
- No necesita ayuda.....0 **[PASE A M1a]**

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

- R7a. **En este momento**, ¿quiere (más) ayuda con... Sí No
1. cambiar su patrón de uso de agujas? ..... 1 0
2. cambiar su patrón de comportamiento sexual? ..... 1 0
3. conseguir información sobre salud o prevención? ..... 1 0
4. dieta, ejercicio o programas de relajamiento?..... 1 0
5. dejar de fumar o fumar menos?..... 1 0
99. alguna otra cosa relacionada con sus comportamientos de riesgo? (**Por favor describa**)..... 1 0
- v. \_\_\_\_\_

<i>Para uso del personal solamente</i>	
R8. Escala de Urgencia [REU]: No <input type="checkbox"/> 0 Tiene ayuda <input type="checkbox"/> 1 En 3 Meses <input type="checkbox"/> 2 0-3 Meses <input type="checkbox"/> 3 Ahora <input type="checkbox"/> 4	
R9. Escala de Negación [REN]: Ninguno <input type="checkbox"/> 0 Algo <input type="checkbox"/> 1 Malinterp. <input type="checkbox"/> 2 Negación <input type="checkbox"/> 3 Mintiendo <input type="checkbox"/> 4	

AGUR  
AGDM\*

**M. Salud mental y emocional**

Las siguientes preguntas son acerca de problemas nerviosos, mentales o psicológicos comunes que muchas personas tienen. Estos problemas se consideran **significativos** cuando los ha tenido por dos o más semanas, cuando ocurren de nuevo, cuando no le dejan cumplir con sus responsabilidades o cuando le hacen sentir como que no aguanta mas.

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

IMDS/ GMDS/ SSI **	M1a. <b>Durante los últimos 12 meses</b> , ¿tuvo problemas <b>significativos</b> como...	<u>Sí</u>	<u>No</u>	
	1. dolores de cabeza, desmayos, mareos, hormigueos, entumecimientos, sudoración o escalofríos?.....	1	0	
	2. problemas para dormir, tales como pesadillas, inquieto al dormir o quedándose dormido durante el día?.....	1	0	
	3. tener la boca seca, estar suelto del estómago, estreñimiento, problemas controlando su vejiga o comezón relacionada?.....	1	0	
	4. dolor o pesadez en el corazón, pecho, parte baja de la espalda, brazos, piernas u otros músculos?.....	1	0	
IMDS/ GMDS/ DSS **	M1b. <b>Durante los últimos 12 meses</b> , ¿tuvo problemas <b>significativos</b> como...	<u>Sí</u>	<u>No</u>	
	1. sentirse muy atrapado, sin salida, solo, triste, deprimido o sin esperanza acerca del futuro?.....	1	0	
	3. recordando, concentrándose, tomando decisiones o que su mente queda en blanco?.....	1	0	
	4. sentirse muy tímido, acomplejado o incómodo acerca de lo que las personas piensan o dicen de usted? .....	1	0	
	5. pensamientos de que otras personas no lo entienden o no se dan cuenta de su situación? .....	1	0	
	6. sentirse molesto con facilidad, irritado o tuvo problemas para controlar su mal genio?.....	1	0	
	7. sentirse cansado, sin energía o sentirse como que no puede terminar de hacer algo? .....	1	0	
	8. perder interés o placer en el trabajo, escuela, amigos, sexo u otras cosas que le importaban?.....	1	0	
	9. perder o ganar 10 libras o más sin proponérselo?.....	1	0	
	10. moverse y hablar más despacio de lo normal?.....	1	0	
IMDS/ GMDS/ HSTS **	M1c. <b>Durante los últimos 12 meses</b> , ¿usted ...	<u>Sí</u>	<u>No</u>	
	1. pensó en matar o herir a alguien?.....	1	0	
	2. pensó en acabar con su vida o suicidarse?.....	1	0	[SI "0", PASE A
	3. tuvo un plan para suicidarse?.....	1	0	M1d]
	4. consiguió un arma de fuego, pastillas u otras cosas para llevarlo a cabo? .....	1	0	
	5. intentó suicidarse?.....	1	0	
	M1c6. <b>Durante la última semana</b> , ¿pensó en acabar con su vida o suicidarse? .....	1	0	

IMDS/ GMDS/ AFSS **	M1d. Durante los últimos 12 meses, ¿tuvo problemas <b>significativos</b> como...	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	1. sentirse muy ansioso, nervioso, tenso, asustado, con pánico o como que alguna cosa mala iba a pasar?.....	1	0
	2. tener que repetir una acción una y otra vez o tener pensamientos que le siguen dando vueltas en la cabeza?.....	1	0
	3. temblar, sentir el corazón acelerado o sentirse tan agitado que no podía quedarse quieto? .....	1	0
	4. meterse en muchas discusiones y sentir la necesidad de gritar, tirar cosas, golpear, herir o lastimar a alguien? .....	1	0
	5. tener miedo de estar en espacios abiertos, de dejar su casa, viajar o estar en medio de una multitud?.....	1	0
	6. evitar culebras (MX: víboras), la oscuridad, estar solo, elevadores u otras cosas por que le dan miedo? .....	1	0
	7. pensamientos de que otras personas se están aprovechando de usted, no valoran lo que hace o le causan problemas? .....	1	0
	8. pensamientos de que alguien lo estaba vigilando, siguiendo o que le quiere hacer daño?.....	1	0
	9. ver o escuchar cosas que nadie más puede ver o escuchar o sentir que alguien más puede leer o controlar sus pensamientos? .....	1	0
	10. pensar que debería ser castigado por pensar demasiado en sexo u otras cosas?.....	1	0
	11. estar muy tenso o tener dolor en los músculos porque estaba preocupado? ....	1	0
	12. no poder controlar sus preocupaciones o encuentra difícil controlarlas? .....	1	0

Las siguientes preguntas son acerca de las diferentes clases de problemas nerviosos, mentales o psicológicos que acabamos de mencionar.

Usando la **Tarjeta A...**

- EPS  
\*
- M1e. ¿Cuándo fue la **última** vez, sí alguna, que problemas nerviosos, mentales o psicológicos perturbaron su vida significativamente o que sintió que no aguantaba mas **incluyendo** las cosas que acabamos de mencionar? **(Circule una)**
- En los últimos dos días .....6
  - Hace 3 a 7 días .....5
  - Hace 1 a 4 semanas .....4
  - Hace 1 a 3 meses .....3
  - Hace 4 a 12 meses .....2 **[PASE A M1j]**
  - Hace más de 12 meses .....1 **[PASE A M1j]**
  - Nunca.....0 **[PASE A M2]**

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de días.

- \*\*
- f. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos **días** le molestó algún problema nervioso, psicológico o mental? ..... |\_\_|\_\_| Días
- g. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos **días** estos problemas no le dejaron cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa, o le hicieron sentir que no aguantaba mas? .....|\_\_|\_\_| Días

Las siguientes preguntas son acerca de si estos problemas están relacionados con su uso alcohol y otras drogas.

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

- M1j. ¿Estos problemas psicológicos..
- |  | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|--|-----------|-----------|
| 1. desaparecen cuando usa drogas o alcohol?.....                       | 1         | 0         |
| 2. empeoran durante o después de haber usado drogas o alcohol? .....   | 1         | 0         |
| 3. <b>solo</b> pasan durante o después de usar drogas o alcohol? ..... | 1         | 0         |
| 4. ocurren aunque <b>no</b> haya usado drogas o alcohol?.....          | 1         | 0         |

- M1k. ¿Cuántos **años** tenía cuando comenzó por **primera vez** a tener estos problemas psicológicos? .....|\_\_|\_\_| Edad

<b>Para uso del personal solamente (Diagnóstico detallado para distrés mental general opcional)</b>	
M1m. Descartar otro Eje I Diag. (Marque si 3+ Sx en M1c, 13+Sx en M1a-d, M1fGT 12 o M1g Gt 1)	
M1n. Trastorno de depresión severa (MDD) (Marque si (5+síntomas en M1a2, M1b1, M1b3, M1b4, M1b5, M1b6, M1b7, M1b8, M1b9, M1b10, M1c2, M1d3) y (1+ síntomas en M1b1, M1b6, M1b8))	
M1p. Trastorno de ansiedad generalizado (GAD) (Marque si (3+ síntomas en M1a2, M1a4, M1b3, M1b6, M1b7, M1d3, M1d11) y (M1d11=1) y (M1d12=1))	
M1q. Distrés severo interno (Marque si 45+ días en M1f o 13+ días en M1g)	

Usando la **Tarjeta A...**

EPS **	M2. ¿Cuándo fue la <b>última</b> vez, si alguna, que los recuerdos de cosas que hizo, vio o le pasaron perturbaron su vida?	<b>(Circule una)</b>
	En los últimos dos días .....	6
	Hace 3 a 7 días .....	5
	Hace 1 a 4 semanas .....	4
	Hace 1 a 3 meses .....	3
	Hace 4 a 12 meses .....	2
	Hace más de 12 meses .....	1 [PASE A M3]
	Nunca.....	0 [PASE A M3]

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

IMDS/ TSS **	M2. <b>Durante los últimos 12 meses</b> , ¿le pasaron las siguientes situaciones?	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	a. Cuando algo le recordó el pasado, se angustió mucho y se enojó.....	1	0
	b. Tuvo pesadillas acerca de cosas que realmente le sucedieron en el pasado .....	1	0
	c. Cuando pensó acerca de cosas que ha hecho, deseó estar muerto .....	1	0
	d. Pareció que no tiene sentimientos.....	1	0
	e. Sus sueños en la noche fueron tan reales que se despertó en medio de un sudor frío y se obligó a sí mismo a permanecer despierto .....	1	0
	f. Sintió como que no aguantaba mas.....	1	0
	g. Lo asustaron sus impulsos.....	1	0
	h. Algunas veces usó alcohol u otras drogas para poder dormir u olvidar cosas que le sucedieron en el pasado.....	1	0
	j. Perdió su serenidad y explotó por cosas sin importancia, cosas de todos los días .....	1	0
	k. Tuvo miedo de ir a dormir en la noche .....	1	0
	m. Tuvo dificultad para expresar sus sentimientos, aún con las personas que quiere .....	1	0
	n. Se sintió culpable acerca de cosas que le pasaron porque siente que debió hacer algo para evitarlas .....	1	0

[SI NO SE REPORTÓ NINGUNO EN M2a-n, PASE A M2q]

M2p. ¿Tuvo alguno de los problemas anteriores por tres meses o más meses?..... 1 0

[SI SE REPORTÓ HACE 4 A 12 MESES EN M2, PASE A M3]

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de días.

EPS  
\*  
M2q. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos **días** los recuerdos de cosas que hizo, vio o le pasaron perturbaron su vida?..... |\_\_|\_\_| Días

<b><i>Para uso del personal solamente (Diagnóstico detallado para el estrés opcional)</i></b>	
M2r. Descartar trastorno de estrés extremo (Marque si 5+ Sx en M2a-p o M2q=13 + días)	

Usando la **Tarjeta A...**

EPS *	M3. ¿Cuándo fue la <b>última</b> vez, si alguna, que tuvo algún problema poniendo atención, controlando su comportamiento o rompiendo las reglas que se suponía debía seguir?	<b>(Circule una)</b>
	En los últimos dos días .....	6
	Hace 3 a 7 días.....	5
	Hace 1 a 4 semanas.....	4
	Hace 1 a 3 meses.....	3
	Hace 4 a 12 meses.....	2
	Hace más de 12 meses .....	1 [PASE A M4]
	Nunca .....	0 [PASE A M4]

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

BCS/ IDS **	M3a. <b>Durante los últimos 12 meses</b> , ¿hizo las siguientes cosas <b>dos o más veces</b> ?	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	1. Cometió errores porque no estaba poniendo atención .....	1	0
	2. Se le hizo difícil poner atención en la escuela, trabajo o casa .....	1	0
	3. Se le hizo difícil escuchar las instrucciones en la escuela, trabajo o casa.....	1	0
	4. No siguió instrucciones o no terminó sus tareas.....	1	0
	5. Se le hizo difícil mantenerse organizado o terminar todas las cosas que tenía que hacer .....	1	0
	6. Evitó hacer cosas que requerían mucho esfuerzo, como tareas o papeleo .....	1	0
	7. Perdió cosas que necesitaba para la escuela, trabajo o casa .....	1	0
	8. No pudo poner atención cuando estaban pasando otras cosas a su alrededor ....	1	0
	9. Fue olvidadizo o distraído .....	1	0
BCS/ HIS **	10. Se le hizo difícil mantener las manos o los pies quietos, cuando se suponía que no se debía mover .....	1	0
	11. No pudo permanecer en su asiento o donde se suponía tenía que quedarse.....	1	0
	12. Se sintió inquieto o con la necesidad de moverse de aquí para allá o subirse en cosas.....	1	0
	13. Se metió en problemas por ser muy escandaloso cuando estaba jugando o descansando.....	1	0
	14. Sintió que no podía parar o que le dieron cuerda.....	1	0
	15. Habló demasiado u otras personas se quejaron de que hablaba demasiado .....	1	0
	16. Contestó antes de que la otra persona terminara de hacer la pregunta.....	1	0
	17. Se le hizo difícil esperar su turno.....	1	0
	18. Interrumpió o se metió en las conversaciones o juegos de otras personas .....	1	0

**[SI NO SE REPORTÓ NINGUNO EN M3a1-18, PASE A M3b]**

M3a19. ¿Tuvo alguno de los problemas anteriores en los últimos 6 meses?.....	1	0
--	---	---

BCS/ CDS **	M3b. <b>Durante los últimos 12 meses, ¿hizo las siguientes cosas dos o más veces?</b>	<u>S</u> í	<u>N</u> o
	1. Intimidó o amenazó o buscó pleitos con otras personas .....	1	0
	2. Comenzó peleas con otras personas.....	1	0
	3. Usó armas en peleas.....	1	0
	4. Fue físicamente cruel con otras personas .....	1	0
	5. Fue físicamente cruel con animales .....	1	0
	6. Agarró la cartera, dinero u otras cosas de otra persona por la fuerza .....	1	0
	7. Obligó a alguien a tener relaciones sexuales con usted aunque ellos no querían .....	1	0
	8. Comenzó incendios.....	1	0
	9. Rompió ventanas o destruyó propiedades .....	1	0
	10. Agarró dinero o cosas de una casa, edificio o carro (MX: coche, auto, CUB: máquina).....	1	0
	11. Mintió o estafó para conseguir lo que quería o para evitar hacer algo.....	1	0
	12. Se llevó cosas de una tienda o escribió cheques sin fondos para comprar cosas.....	1	0
	13. Permaneció en la calle de noche más tarde de lo que sus padres, compañero o pareja deseaban .....	1	0
	14. Huyó de la casa (compañero) por lo menos una noche.....	1	0
	15. Faltó (PR: cortó, MX: se fue de pinta) al trabajo o la escuela .....	1	0

M3b17. **Antes de que cumpliera los 18, ¿alguna vez huyó de la casa por 2 o más días ó 2 o más veces .....** 1 0

**	<b>Antes de que tuviera 13 años, ¿usted ...</b>		
	18. con frecuencia permaneció en la calle de noche más tarde de lo que sus padres querían?.....	1	0
	19. faltó (PR: cortó, MX: se fue de pinta) a la escuela o trabajo muchas veces? .....	1	0

**[SI SE REPORTÓ HACE 4 A 12 MESES EN M3, PASE A M4]**

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de días.

EPS *	M3c. <b>Durante los últimos 90 días, ¿cuántos días tuvo problemas poniendo atención, controlando su comportamiento o rompiendo las reglas que se suponía debía seguir?.....</b>  __   __  Días
----------	--

<i>Para uso del personal solamente (Diagnóstico detallado del comportamiento opcional)</i>	
M3d. Trastorno de déficit de atención/hiperactividad (Marque la primera fila posible)	
1. TDAH – Tipo Combinado (6+Sx M3a1-9 y 6+Sx en M3a10-18 y 1+ en M3c)	
2. TDAH – Tipo Déficit de atención (6+Sx M3a1-9 y 1+ en M3c)	
3. TDAH – Tipo Hiperactivo (6+Sx M3a10-18 y 1+ en M3c)	
M3e. Trastorno del comportamiento si es adolescente o descartar ASPD/BPD si es adulto	
1. CD (Marque si 3+Sx en M3b1-15, M3b17-19 y 1+días en M3c)	
2. CD-Severa (Marque si 9+Sx en M3b1-15, M3b17-19 y 1+días en M3c)	

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

M4. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones lo describen **durante los últimos 12 meses?**

		<u>Si</u>	<u>No</u>
PCSS/ CPI	a. <b>No</b> pudo realmente confiar en la mayoría de las personas.....	1	0
	b. En lugar de enojarse, usted quería vengarse.....	1	0
	c. Soñó despierto o trató de desconectarse del mundo con frecuencia .....	1	0
	d. <b>No</b> le interesó mucho estar cerca de otras personas.....	1	0
	e. <b>No</b> mostró sus emociones hacia otras personas o cosas.....	1	0
	f. Tenía miedo que se hubiera vuelto loco.....	1	0
PCSS/ IPI	g. Con frecuencia <b>no</b> pagó sus cuentas o no cumplió con sus responsabilidades .....	1	0
	h. Mintió con frecuencia y con facilidad .....	1	0
	j. Se aburría fácilmente u odió las actividades rutinarias.....	1	0
	k. Con frecuencia actuó antes de pensar en las dificultades en las que se podría meter.....	1	0
	m. Fue una persona con un humor muy variable (“moody”) o sus sentimientos hacia otras personas cambiaron drásticamente .....	1	0
	n. <b>No</b> le gustó que otros le dijeran lo que debería hacer .....	1	0
	p. Casi siempre consigue que otras personas hagan las cosas a su manera.....	1	0
	q. Otras personas piensan que sus problemas son peores de lo que realmente son ....	1	0
PCSS/ WPI	r. Pasó mucho tiempo tratando de pensar cómo resolver sus problemas o qué hacer .....	1	0
	s. Se enojó mucho consigo mismo porque <b>no</b> hizo un trabajo lo suficientemente bueno .....	1	0
	t. Sintió que <b>no</b> podía continuar con su vida .....	1	0
	u. Se le hizo difícil decidir que hacer .....	1	0
	v. Se le hizo difícil cambiar la forma en que hace las cosas .....	1	0
	w. Con frecuencia sintió que criticó o molestó a otros.....	1	0
	x. Estuvo muy preocupado por su salud y por las cosas que le ocurrieron.....	1	0

M4z. **Durante los últimos 12 meses, ¿usted...**

1. se cortó, hirió o quemó a propósito? .....	1	0
2. necesitó tratamiento médico después de cortarse, quemarse o herirse a propósito? .....	1	0
3. sintió que no podía dejar de cortarse, quemarse o herirse a sí mismo?.....	1	0

[SI “0”, PASE A M5a]

M4z4. **Durante los últimos 90 días, ¿cuántos días se cortó, quemó o se hirió a**

sí mismo a propósito? ..... |\_\_|\_\_| Días

Las siguientes preguntas son acerca del **tratamiento** para problemas mentales, emocionales, de comportamiento o psicológicos. Esto incluye tomar medicinas como Ritalin recetado por un médico (doctor) para ayudarlo a calmarse o concentrarse. No incluya tratamiento que fue **solamente** para uso de sustancias o problemas de salud.

\*\* M5a. ¿**Alguna vez** un médico (doctor), enfermera, o consejero le dijo que tenía un problema mental, emocional o psicológico o le dijo el nombre de una condición específica que tuvo o tiene? **(Por favor anote y circule todas las que apliquen).**

- v1. \_\_\_\_\_
- v2. \_\_\_\_\_
- v3. \_\_\_\_\_

		MENCIONADO		
(Circule todas las que apliquen)		Sí	No	
0.	Alguna condición reportada .....	1	0	[SI "0", PASE M5b]
1.	Dependencia al alcohol o la droga.....	1	0	
2.	Trastorno de déficit de atención/hiperactividad .....	1	0	
3.	Trastorno de personalidad antisocial .....	1	0	
4.	Trastorno de ansiedad o fobia .....	1	0	
5.	Trastorno límite de la personalidad .....	1	0	
6.	Trastorno del comportamiento .....	1	0	
7.	Depresión severa .....	1	0	
8.	Otra depresión, distimia, bipolar u otro trastorno del estado de ánimo .....	1	0	
9.	Retraso mental, del desarrollo u otro trastorno de comunicación.....	1	0	
10.	Trastorno de desaffo y oposición.....	1	0	
11.	Juego patológico.....	1	0	
12.	Trastorno del estrés postraumático o grave.....	1	0	
13.	Trastorno del cuerpo, de la alimentación (anorexia, bulimia), del sueño, del dolor, somatomorfo (sicosomático o hipocondría). .....	1	0	
14.	Otros trastornos cognoscitivos (como delirio, demencia, amnesia) .....	1	0	
15.	Otra crisis nerviosa o estrés.....	1	0	
16.	Otros trastornos de personalidad (como evitación, dependencia, histriónico, narcisismo, obsesivo-compulsivo, paranoide, esquizoide, esquizotípico) .....	1	0	
17.	Otra esquizofrenia o trastorno sicótico .....	1	0	
99.	Otro (Por favor describa) .....	1	0	
	v. _____			

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de veces.

- \*\* M5. ¿Cuántas veces **en su vida...**  
Veces
- b. ha recibido tratamiento en una **sala de emergencia** por problemas mentales, emocionales, de comportamiento o psicológicos?.....|\_|\_|\_|
  - c. fue **hospitalizado** por lo menos una noche por problemas mentales, emocionales, de comportamiento o psicológicos? .....|\_|\_|\_|

M5d. En este momento, ¿está usted tomando medicinas por problemas mentales, emocionales, de comportamiento o psicológicos? (**Por favor describa**) ..... Sí No  
 1 0

v. \_\_\_\_\_

Usando la **Tarjeta A.**

- MHTI \* M5e. ¿Cuándo fue la **última** vez, si alguna, que fue tratado por un problema mental, emocional, de comportamiento o psicológico por un especialista en salud mental o en una sala de emergencia, hospital o unidad de salud mental ambulatoria o con medicinas recetadas? **(Circule una)**
- En los últimos dos días .....6
  - Hace 3 a 7 días .....5
  - Hace 1 a 4 semanas .....4
  - Hace 1 a 3 meses .....3
  - Hace 4 a 12 meses .....2 [PASE A M6]
  - Hace más de 12 meses .....1 [PASE A M6]
  - Nunca.....0 [PASE A M6]

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de veces, noches o días.  
**(Si no uso de servicios en toda la vida arriba, anote "0" en la respectiva hilera abajo)**

- MHTI \* M5. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántas...
- f. **veces** tuvo que ir a una **sala de emergencia** (por problemas mentales, emocionales, de comportamiento o psicológicos)? .....|\_|\_|\_| Veces
  - \* g. **noches** en total pasó en un **hospital** (por problemas mentales, emocionales, de comportamiento o psicológicos)? .....|\_|\_|\_| Noches
  - \* h. **veces** vio a un médico (doctor) en una **oficina o clínica ambulatoria** (por problemas mentales, emocionales, de comportamiento o psicológicos)? ...|\_|\_|\_| Veces
  - \* hl. **días** tomó **medicinas recetadas** por problemas mentales, emocionales, de comportamiento o psicológicos?.....|\_|\_|\_| Días
  - \* j. En este momento, ¿está usted recibiendo tratamiento por problemas mentales, emocionales, de comportamiento o psicológicos? ..... Sí No [SI "NO", PASE A M6]  
 1 0  
 (¿Adónde va?)  
 v. \_\_\_\_\_
  - k. ¿Cuánto hace que recibe tratamiento regularmente? |\_|\_|\_|\_|+|\_|\_|\_|\_|+|\_|\_|\_|\_|+|\_|\_|\_|\_|  
 Años Meses Semanas Días

Usando la **Tarjeta E...**

- AGHS M6. **¿Cuándo** necesitará (más) ayuda con sus problemas mentales, emocionales o psicológicos **actuales**?  
Diría que ...  
(Circule una)
- Inmediatamente .....4
  - En los próximos 3 meses.....3
  - Dentro de 3 meses o más a partir de hoy .....2
  - Ya está recibiendo la ayuda que necesita .....1 [PASE A E1]
  - No necesita ayuda.....0 [PASE A E1]

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

- M6a. **En este momento**, ¿quiere (más) ayuda con...
- |   | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|---|-----------|-----------|
| 1. cómo se ha estado sintiendo emocionalmente? .....  | 1         | 0         |
| 2. cómo su mente o su cuerpo parecen estar funcionando? .....   | 1         | 0         |
| 3. cómo controlar su mente o comportamiento? .....  | 1         | 0         |
| 4. preocupaciones acerca del suicidio? .....  | 1         | 0         |
| 5. recuerdos que le perturban? .....  | 1         | 0         |
| 6. consiguiendo las medicinas que le ayuden a controlarse? .....  | 1         | 0         |
| 99. alguna otra cosa relacionada con su situación emocional o mental ( <b>Por favor describa</b> )..... | 1         | 0         |
| v. _____  |           |           |

*Para uso del personal solamente*

- |       |   |
|-------|---|
| AGUR  | M7. Escala de Urgencia [MEU]: No <input type="checkbox"/> 0 Ya tiene <input type="checkbox"/> 1 En 3 meses <input type="checkbox"/> 2 0-3 Meses <input type="checkbox"/> 3 Ahora <input type="checkbox"/> 4     |
| AGDM* | M8. Escala de Negación [MEN]: Ninguno <input type="checkbox"/> 0 Algo <input type="checkbox"/> 1 Malinterp. <input type="checkbox"/> 2 Negación <input type="checkbox"/> 3 Mintiendo <input type="checkbox"/> 4 |





RERI\* E3. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos días se metió en problemas en la casa o con su familia por alguna razón? .....|\_|\_| Días

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

\*\* E3a1. **Durante los últimos 12 meses**, ¿ha vivido con alguien además de sí mismo? ..... Sí No [SI “NO”, PASE A E3b1]  
 .....1 0

MENCIONADO

¿Con quién ha vivido? (Codifique o diga, “ha vivido con...”)	<u>Sí</u>	<u>No</u>
2. Esposo(a), compañero significativo u otra pareja sexual.....	1	0
3. Padres.....	1	0
4. Sus hijos biológicos o adoptivos de <b>12 años o menos</b> .....	1	0
5. Sus hijos biológicos o adoptivos <b>mayores</b> de 12 años .....	1	0
6. Sus hermanos o hermanas de <b>12 años o menos</b> .....	1	0
7. Sus hermanos o hermanas <b>mayores</b> de 12 años .....	1	0
8. Otros parientes.....	1	0
9. Otros niños de <b>12 años o menos</b> .....	1	0
10. Otros niños <b>mayores de 12 años</b> .....	1	0
11. Otros adultos compañeros de cuarto .....	1	0
12. Padres sustitutos (“foster parents”) .....	1	0
13. Personal institucional.....	1	0
99. Otro ( <b>Por favor describa</b> ).....	1	0
v. _____		

\* E3b1. ¿Ha estado casado alguna vez o ha vivido con alguien como si estuviera casado? ..... Sí No  
 .....1 0  
 [SI RESPONDE “NO”, CIRCULE 8 EN E3b2 Y PASE A E4]

\* E3b2. ¿Cuál es su estado marital **actual**? (Aclare y codifique)

Casado .....	1
Casado mas de una vez.....	2
Viviendo con alguien como si estuviera casado .....	3
Casado pero viviendo aparte.....	4
Divorciado .....	5
Separado legalmente .....	6
Viudo.....	7
Nunca se ha casado y no vive como si estuviera casado .....	8

E3c. En este momento, ¿en su mayoría tiene atracciones sexuales o románticas significativas con...

- (Circule una)**
- el sexo opuesto?.....1
  - el mismo sexo? .....2
  - ambos hombres y mujeres? .....3
  - ni con hombres ni con mujeres? .....5
  - no está seguro? .....6
  - o algo más? **(Por favor describa)**.....99
  - v. \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas son acerca de orientación sexual. Está es la comunidad de personas con las que usted siente más que forma parte sin importar sus más recientes comportamientos o atracciones sexuales.

E3d. ¿Cuáles de las siguientes orientaciones sexuales lo describen mejor?

- (Circule una)**
- Celibato, no-sexual o asexual.....1
  - Heterosexual.....2
  - Homosexual, gay o lesbiana.....3
  - Bisexual .....5
  - “Questioning” o no está seguro? .....6
  - Otro **(Por favor describa)** .....99
  - v. \_\_\_\_\_

\* E4. ¿Cuántos hijos, si alguno, tiene menores de 21 años?.....  **[SI NINGUNO, PASE A E5]**  
Número

- a. **Durante los últimos 12 meses**, ¿quién ha tenido custodia legal de los hijos (¿Alguien más durante los últimos 12 meses)? MENCIONADO
- |  | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|--|-----------|-----------|
| 1. Usted.....  | 1         | 0         |
| 2. Su esposo(a) o el padre/madre del hijo.....   | 1         | 0         |
| 3. Otro pariente.....  | 1         | 0         |
| 4. Departamento de Servicios de Familia y Niños (DCFS, por sus siglas en inglés) o la corte..... | 1         | 0         |
| 5. Hijo(s) huyó/huyeron.....   | 1         | 0         |
| 6. Hijo(s) fue/fueron adoptados.....   | 1         | 0         |
| 7. Hijo(s) vive(n) por su cuenta legalmente.....   | 1         | 0         |
| 99. Alguna otra situación <b>(Por favor describa)</b> .....                                      | 1         | 0         |
| v. _____   |           |           |

b. ¿**Aún** tiene o **quiere tener** custodia legal de **alguno** de sus hijos? .....1 Sí No **[SI “NO”, PASE A E5]**

E4 (continuación)

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de hijos o días.

- b1. ¿Para cuántos de los hijos con los que vive, es usted el responsable principal de su cuidado? .....    
Hijos
- c. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos de sus hijos (menores de 21 años) han estado bajo el cuidado de padres sustitutos (“foster parents”)? .....    
Hijos [SI “0”, ANOTE “0” EN E4d]
- d. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos **días** estuvieron bajo el cuidado de padres sustitutos (“foster parents”) (Use el promedio si tiene más de un hijo) .....    
Días
- e. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos hijos (menores de 21 años) tiene que han estado en un hogar de grupo o una institución para el cuidado de niños? .....    
Hijos [SI “0”, ANOTE “0” EN E4f]
- f. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos días estuvieron en un hogar de grupo o una institución para el cuidado de niños? (Use el promedio si tiene más de un hijo) .....    
Días
- g. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos hijos menores de 21 años tiene que han estado viviendo con alguien más? .....    
Hijos
- E4h. ¿Qué **edad** tiene el hijo **más joven** del cual tiene custodia (o está tratando de conseguir la custodia)? .....    
Edad

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas por todos sus hijos menores de 21 años.

CAS	E4. <b>Durante los últimos 12 meses</b> , ¿hizo alguna de las siguientes cosas con su(s) hijo(s)?	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	j. Pasó 30 minutos o más jugando con (él/ella/ellos).....	1	0
	k. Lo(s) llevó a una actividad organizada o un evento .....	1	0
	m. Le(s) leyó un libro a (él/ella/ellos).....	1	0
	n. Trabajó con (él/ella/ellos) en su tarea o le(s) enseñó a leer, escribir o aritmética .....	1	0
	p. Se reunió con un maestro, trabajador social, abogado, oficial de la corte u oficial de la policía acerca de (él/ella/ellos) .....	1	0

CFS	E4q. <b>Durante los últimos 12 meses</b> , ¿ha(n) estado (este/estos) hijos saliendo bien en términos de...	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	1. hacer tareas y aprender?.....	1	0
	2. evitar el alcohol y las drogas?.....	1	0
	3. evitar actividades ilegales? .....	1	0
	4. llevarse bien con otras personas? .....	1	0
	5. llegar a los lugares a tiempo?.....	1	0
	6. su propia salud?.....	1	0

Para responder las siguientes preguntas, por favor no incluya a las personas que **simplemente** están en el mismo edificio (por ejemplo: cárcel, centro de detención, escuela) o que solo los ve de vez en cuando.

Usando el número de personas.

\*\* E5. **Durante los últimos 12 meses**, ¿con cuántas personas diría usted que **ha vivido regularmente**, incluyendo sus padres o familia?.....|\_|\_|\_|\_| [SI "0" PASE A E6]  
 Personas

Usando la **Tarjeta C...**

LRI/ERS

De las personas con las que **ha vivido regularmente**, ¿diría que ninguna, pocas, algunas, casi todas o todas...

	<u>Ninguna</u>	<u>Pocas</u>	<u>Algunas</u>	<u>Casi Todas</u>	<u>Todas</u>
a. estaban empleadas o en la escuela o programa de capacitación <b>tiempo completo</b> ? .....	4	3	2	1	0
b. estaban involucrados en actividad ilegal? .....	0	1	2	3	4
c. se emborracharon semanalmente o tomaron 5 tragos o más en un día?..	0	1	2	3	4
d. usaron drogas de cualquier tipo durante los <b>últimos 90 días</b> ? .....	0	1	2	3	4
e. gritaron, discutieron o pelearon la mayoría de las semanas?.....	0	1	2	3	4
f. han estado alguna vez bajo tratamiento por drogas o alcohol?.....	4	3	2	1	0
g. se describirían a sí mismos como estando en rehabilitación?.....	4	3	2	1	0

Usando el número de personas.

\*\* E6. **Durante los últimos 12 meses**, ¿con cuántas personas diría usted que pasa la mayoría de su tiempo en el trabajo, programa de capacitación o escuela?.....|\_|\_|\_|\_| [SI "0" PASE A E7]  
 Personas

Usando la **Tarjeta C**

VRI/ERS

De las personas con quienes **ha trabajado regularmente o ido a la escuela**, ¿diría que ninguna, pocas, algunas, casi todas o todas...

	<u>Ninguna</u>	<u>Pocas</u>	<u>Algunas</u>	<u>Casi Todas</u>	<u>Todas</u>
a. estaban empleadas o en la escuela o programa de capacitación <b>tiempo completo</b> ? .....	4	3	2	1	0
b. estaban involucrados en actividad ilegal? .....	0	1	2	3	4
c. se emborracharon semanalmente o tomaron 5 tragos o más en un día?..	0	1	2	3	4
d. usaron drogas de cualquier tipo durante los <b>últimos 90 días</b> ? .....	0	1	2	3	4
e. gritaron, discutieron o pelearon la mayoría de las semanas?.....	0	1	2	3	4
f. han estado alguna vez bajo tratamiento por drogas o alcohol?.....	4	3	2	1	0
g. se describirían a sí mismos como estando en rehabilitación?.....	4	3	2	1	0

Usando el número de personas.

\*\* E7. **Durante los últimos 12 meses**, ¿con cuántas personas diría usted que pasa su tiempo libre o pasa el rato?.....|\_|\_|\_|\_| [SI "0" PASE A E8]  
 Personas

Usando la **Tarjeta C...**

SRI/ERS

De las personas con quienes **ha socializado regularmente** o con quienes ha pasado el rato, ¿diría que ninguna, pocas, algunas, casi todas o todas...

	<u>Ninguna</u>	<u>Pocas</u>	<u>Algunas</u>	<u>Casi Todas</u>	<u>Todas</u>
a. estaban empleadas o en la escuela o programa de capacitación <b>tiempo completo</b> ? .....	4	3	2	1	0
b. estaban involucrados en actividad ilegal? .....	0	1	2	3	4
c. se emborracharon semanalmente o tomaron 5 tragos o más en un día?..	0	1	2	3	4
d. usaron drogas de cualquier tipo durante los <b>últimos 90 días</b> ? .....	0	1	2	3	4
e. gritaron, discutieron o pelearon la mayoría de las semanas?.....	0	1	2	3	4
f. han estado alguna vez bajo tratamiento por drogas o alcohol?.....	4	3	2	1	0
g. se describirían a sí mismos como estando en rehabilitación?.....	4	3	2	1	0

No importa que tanto las personas se esfuercen, a veces tienen conflictos o desacuerdos. A continuación hay una lista de varias formas en que las personas tratan de reconciliar sus diferencias. El primer grupo de preguntas es acerca de lo que usted puede haber hecho.

Usando la **Tarjeta A...**

- RERI  
\*\* E8. ¿Cuándo fue la **última** vez, si alguna, que durante una discusión con alguien **usted** les insultó, les echó maldiciones, les amenazó, les tiró algo, los empujó o les golpeó de alguna manera? **(Circule una)**
- |                               |   |             |
|-------------------------------|---|-------------|
| En los últimos dos días ..... | 6 |             |
| Hace 3 a 7 días .....         | 5 |             |
| Hace 1 a 4 semanas .....      | 4 |             |
| Hace 1 a 3 meses .....        | 3 |             |
| Hace 4 a 12 meses .....       | 2 |             |
| Hace más de 12 meses .....    | 1 | [PASE A E9] |
| Nunca.....                    | 0 | [PASE A E9] |

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

- GCTS **Durante los últimos 12 meses**, ¿tuvo un desacuerdo en el cual usted ...
- |   | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|---|-----------|-----------|
| a. discutió calmadamente y resolvió el desacuerdo? .....              | 1         | 0         |
| b. salió de la habitación o lugar en vez de discutir? .....           | 1         | 0         |
| c. insultó, dijo palabrotas o echó maldiciones a alguien? .....       | 1         | 0         |
| d. amenazó con golpear o tirarle algo a alguien? .....                | 1         | 0         |
| e. le tiró algo a alguien?.....                                       | 1         | 0         |
| f. empujó, agarró o le dio un empujón a alguien?.....                 | 1         | 0         |
| g. le dio una bofetada (MX: cachetada) a alguien? .....               | 1         | 0         |
| h. pateó, mordió o le pegó a alguien? .....                           | 1         | 0         |
| j. golpeó o trató de golpear a alguien con algo (con un objeto)?..... | 1         | 0         |
| k. le dio una golpiza a alguien?.....                                 | 1         | 0         |
| m. amenazó a alguien con un cuchillo o una pistola?.....              | 1         | 0         |
| n. atacó a alguien con un cuchillo o una pistola? .....               | 1         | 0         |

**[SI SE REPORTÓ HACE 4 A 12 MESES EN E8, PASE A E9]**

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de días.

- RERI E8p. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos **días** tuvo una discusión con alguien en la cual le insultó, le echó maldiciones, le amenazó, le tiró con algo, le empujó o golpeó de alguna manera?.....|\_|\_|  
Días

Las siguientes preguntas son acerca de las cosas que otras personas le pueden haber hecho a **usted**.

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

GVS **	E9. <b>¿Alguna vez</b> alguien...	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	a. lo <b>atacó</b> con una pistola, cuchillo, palo, botella u otra arma? .....	1	0
	b. lo <b>hirió pegándole o golpeándole</b> hasta el punto que le salieron moretones (MX: moretes, COL, CUB: morados) heridas o huesos rotos o abusó de usted físicamente de alguna otra manera? .....	1	0
	c. lo obligó o <b>forzó a participar en actos sexuales</b> en contra de su voluntad, incluyendo su pareja sexual, un miembro de la familia o un amigo? .....	1	0
	d. <b>abusó emocionalmente de usted</b> ; es decir, hizo o dijo cosas para hacerlo sentir muy mal consigo mismo o con su vida? .....	1	0

**[SI RESPONDE “NO” A TODAS LAS ANTERIORES, PASE A E9n ABAJO]**

e. Aproximadamente, ¿qué edad tenía la primera vez que le sucedió alguna de estas cosas?.....|\_|\_| Edad

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
e18. <b>[¿ES E9e MENOR DE 18 AÑOS?]</b> .....	1	0

¿Alguna de las cosas anteriores le sucedieron...	<u>Sí</u>	<u>No</u>
f. varias veces o por un período largo de tiempo?.....	1	0
g. con más de una persona metida en el asunto para hacerle daño o lastimarlo? .....	1	0
h. donde una o más de las personas metidas en el asunto era miembro de la familia, amigo cercano de la familia, un profesional o alguien más en quien confiaba? .....	1	0
j. hasta el punto que temía por su vida o temía que podría ser lastimado seriamente?.....	1	0
k. y resultaron en sexo oral, vaginal o anal? .....	1	0
m. y las personas a las que les dijo no le creyeron o ayudaron?.....	1	0

<b>En este momento</b> , ¿está usted <b>preocupado</b> de que alguien pueda...	<u>Sí</u>	<u>No</u>
n. <b>atacarlo</b> con una pistola, cuchillo, palo, botella u otra arma?.....	1	0
p. <b>lastimarlo pegándole o golpeándole</b> o de alguna otra manera abusando físicamente de usted?.....	1	0
q. obligarlo o <b>forzarlo a participar en actos sexuales</b> en contra de su voluntad?.....	1	0
r. <b>abusar emocionalmente de usted</b> ? .....	1	0

(Si E9a-d y E9f-r son todas “No”, circule No en E9s abajo y continúe)

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
E9s. ¿Ha conseguido la ayuda que necesita para enfrentar estos problemas?.....	1	0

\*\*

Usando la **Tarjeta A...**

- RERI E9t. ¿Cuándo fue la **última** vez, si alguna, que fue atacado con un arma, golpeado, abusado sexualmente o abusado emocionalmente? **(Circule una)**
- En los últimos dos días..... 6
  - Hace 3 a 7 días..... 5
  - Hace 1 a 4 semanas..... 4
  - Hace 1 a 3 meses..... 3
  - Hace 4 a 12 meses..... 2 **[PASE A E10]**
  - Hace más de 12 meses ..... 1 **[PASE A E10]**
  - Nunca ..... 0 **[PASE A E10]**

Por favor, responda la siguiente pregunta usando el número de días.

- RERI u. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos días fue atacado con un arma, golpeado, abusado sexualmente o abusado emocionalmente?..... 

--	--

  
Días

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

- PSSI E10. **Durante los últimos 12 meses**, ¿estuvo usted bajo estrés por alguna de las siguientes razones relacionadas con su familia, amigos, compañeros de clase o trabajo?
- |  | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|--|-----------|-----------|
| 1. Nacimiento o adopción de un nuevo miembro de la familia.....  | 1         | 0         |
| 2. Problemas de salud de un miembro de la familia o amigo cercano.....                                       | 1         | 0         |
| 3. Cambio importante en una relación (matrimonio, divorcio o separación).....                                | 1         | 0         |
| 4. Muerte de un miembro de la familia o amigo cercano .....  | 1         | 0         |
| 5. Peleas con jefe/maestro o compañeros de trabajo/clase.....  | 1         | 0         |
| 99. Otros cambios o problemas en la familia o grupos principales de apoyo ( <b>Por favor describa</b> )..... | 1         | 0         |
| v. _____   |           |           |

- OSSI E11. **Durante los últimos 12 meses**, ¿estuvo usted bajo estrés por estas otras exigencias?
- |   | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|---|-----------|-----------|
| 1. Cambios importantes en vivienda o mala vivienda .....                                      | 1         | 0         |
| 2. Nuevo trabajo, posición o escuela .....  | 1         | 0         |
| 3. Horario de trabajo o escuela difícil.....  | 1         | 0         |
| 4. Problemas con el transporte .....  | 1         | 0         |
| 5. Discriminación en la comunidad, trabajo, escuela o transporte .....                        | 1         | 0         |
| 6. Amenaza de perder vivienda, trabajo, escuela o transporte actual .....                     | 1         | 0         |
| 7. Interrupción o pérdida de vivienda, trabajo, escuela o transporte .....                    | 1         | 0         |
| 8. Algo que vio o que le sucedió a alguien cercano a usted ( <b>Por favor describa</b> )..... | 1         | 0         |
| v. _____  |           |           |
| 99. Otras exigencias del ambiente ( <b>Por favor describa</b> ).....                          | 1         | 0         |
| v. _____  |           |           |

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

SSEI	E12a. <b>Durante los últimos 12 meses</b> , ¿cuál de las siguientes áreas considera que son sus puntos fuertes?	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	1. Le va bien en la escuela o capacitación .....	1	0
	2. Le va bien en el trabajo.....	1	0
	3. Le va bien con su familia .....	1	0
	4. Le va bien con sus amigos cercanos .....	1	0
	5. Le va bien en los deportes, ejercicios u otras actividades físicas .....	1	0
	6. Le va bien en la música, baile, actuación u otras presentaciones artísticas.....	1	0
	7. Dibujar, pintar, diseñar u otras actividades relacionadas con el arte.....	1	0
	8. Escuchar, cuidar y comunicarse con otros .....	1	0
	9. Resolver problemas y determinar cosas.....	1	0
	10. Trabajar o jugar con computadoras .....	1	0

E12b. ¿Cuáles considera que son sus **puntos fuertes** más importantes como persona?

- v1. \_\_\_\_\_
- v2. \_\_\_\_\_
- v3. \_\_\_\_\_

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

GSSI	E12c. <b>Durante los últimos 12 meses</b> , ¿tuvo los siguientes tipos de <b>apoyo social</b> ?	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	1. Un consejero profesional u otro profesional de la salud con quien hablar.....	1	0
	2. Amigos o colegas de <b>otras</b> compañías o escuelas con los cuales podía hablar <b>sin preocuparse de que lo dicho pudiera llegar a oídos de otros</b> en el trabajo o escuela .....	1	0
	3. Personas en el trabajo o escuela con quien podía comentar las cosas que pasan todos los días .....	1	0
	4. Personas en el trabajo o escuela que le podían ayudar a terminar sus tareas.....	1	0
	5. Miembros de la familia o compañeros cercanos con quienes podía hablar y confiar .....	1	0
	6. Amigos con los que podía pasar el rato y no hablar de asuntos del trabajo o de la familia.....	1	0
	7. Un hobby (legal) o actividad que disfrutaba <b>e hizo</b> por usted mismo .....	1	0
	8. Alguien con quien sintiera que podía hablar de sus necesidades y emociones .....	1	0
	9. Alguien con quien sintiera que le podía ayudar a entender cómo enfrentar cualquier problema que tenía o que podría tener.....	1	0

E12d. ¿Qué personas, agencias o cosas considera que son sus fuentes más importantes de apoyo social?

- v1. \_\_\_\_\_
- v2. \_\_\_\_\_
- v3. \_\_\_\_\_

- E13a. ¿Se considera **miembro** de un grupo religioso?  
 (Si es así, ¿cuál de los siguientes lo describe mejor? (Aclara y codifique)
- |   |    |               |
|---|----|---------------|
| No/Ninguno .....                                    | 0  | [Pase a E13d] |
| Bautista .....                                      | 1  |               |
| Budista .....                                       | 2  |               |
| Católico.....                                       | 3  |               |
| Evangélico .....                                    | 4  |               |
| Hindú .....   | 5  |               |
| Judío .....   | 6  |               |
| Luterano.....                                       | 7  |               |
| Metodista .....                                     | 8  |               |
| Mormón .....  | 9  |               |
| Musulmán .....                                      | 10 |               |
| Presbiteriano .....                                 | 11 |               |
| Otro tipo de protestante .....                      | 12 |               |
| Sintoísta .....                                     | 13 |               |
| Iglesia Indígena Americana .....                    | 14 |               |
| Indígena Americana Tradicional.....                 | 15 |               |
| Cristiana (sin denominación o no especificada)..... | 16 |               |
| Algún otro grupo (Por favor describa) .....         | 99 |               |
| v. _____  |    |               |

E13b. ¿Cuánto hace que es miembro de su religión?      | | | | + | | | | + | | | | + | | | |  
 [Utilice su edad en años si lo ha sido toda la vida]      Años      Meses      Semanas      Días

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

- E13c. ¿Usted...      Sí      No
- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. se considera un buen miembro de su religión?.....  | 1 | 0 |
| 2. va con regularidad a servicios y ceremonias? ..... | 1 | 0 |

- E13d. ¿Considera que sus creencias religiosas o espirituales...      Sí      No
- |  |   |   |
|--|---|---|
| 1. son muy firmes? .....                         | 1 | 0 |
| 2. son muy importantes para usted?.....          | 1 | 0 |
| 3. con frecuencia influyen sus decisiones? ..... | 1 | 0 |

- E13e. ¿Es importante para usted que sus amigos compartan sus creencias religiosas o espirituales?.....      Sí      No
- |   |   |
|---|---|
| 1 | 0 |
|---|---|

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de días.

RERI **	E14. <b>Durante los últimos 90 días</b> , ¿cuántos <b>días</b> fue a una actividad formal (deportes, eventos familiares, club) donde...	<u>Días</u>
	a. nadie estaba usando alcohol u otras drogas?.....	_ _ _
	b. las personas estaban usando alcohol u otras drogas?.....	_ _ _

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

GSI	E15a. ¿Está <b>ha gusto</b> con...	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	1. el lugar donde vive?.....	1	0
	2. sus relaciones familiares?.....	1	0
	3. sus relaciones sexuales o maritales?.....	1	0
	4. su situación en la escuela o trabajo?.....	1	0
	5. como pasa su tiempo libre?.....	1	0
	6. el punto al que ha llegado enfrentando o consiguiendo ayuda para sus problemas?.....	1	0

Usando la **Tarjeta E...**

- AGHS E16. **¿Cuándo** necesitará (más) ayuda con su medio ambiente **actual** o sus condiciones de vida? Diría que ... **(Circule una)**
- Inmediatamente ..... 4
  - En los próximos 3 meses..... 3
  - Dentro de 3 meses o más a partir de hoy ..... 2
  - Ya está recibiendo la ayuda que necesita ..... 1 **[PASE A L1]**
  - No necesita ayuda ..... 0 **[PASE A L1]**

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

- E16a. **En este momento**, ¿quiere (más) ayuda con...
- |   | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|---|-----------|-----------|
| 1. su vivienda? .....   | 1         | 0         |
| 2. la crianza de los hijos o niños con los que vive o ve regularmente? .....  | 1         | 0         |
| 3. las personas con las que vive, trabaja, va a la escuela o socializa? .....   | 1         | 0         |
| 4. como pasa su tiempo libre y consigue apoyo social? .....   | 1         | 0         |
| 5. las personas que ha estado evitando o con las que ha tenido discusiones o peleas? .....                                      | 1         | 0         |
| 6. las personas que le han atacado o abusado física, sexual o emocionalmente o que podrían hacerlo? .....                       | 1         | 0         |
| 7. la forma como maneja desacuerdos? .....  | 1         | 0         |
| 8. asuntos relacionados con la orientación sexual, atracciones o identidad sexual.....  | 1         | 0         |
| 99. alguna otra cosa relacionada con su medio ambiente o situación social o cómo enfrentarlos <b>(Por favor describa)</b> ..... | 1         | 0         |
| v. _____  |           |           |

<i>Para uso del personal solamente</i>	
AGUR	E17. Escala de Urgencia [EEU]: No <input type="checkbox"/> 0 Ya tiene <input type="checkbox"/> 1 En 3 meses <input type="checkbox"/> 2 0-3 Meses <input type="checkbox"/> 3 Ahora <input type="checkbox"/> 4
AGDM*	E18. Escala de Negación [EEN]: Ninguno <input type="checkbox"/> 0 Algo <input type="checkbox"/> 1 Malinterp. <input type="checkbox"/> 2 Negación <input type="checkbox"/> 3 Mintiendo <input type="checkbox"/> 4



\*\* Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de veces. Veces

L3a. **Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ...**

GCS/ PCS	1. dañó o destruyó intencionalmente propiedad que no le pertenecía? .....	_ _ _
	2. compró, recibió, poseyó o vendió objetos robados?.....	_ _ _
	3. escribió cheques sin fondos, falsificó o alteró una prescripción o receta médica o agarró dinero de su empleador?.....	_ _ _
	4. se llevó algo de una tienda sin pagarlo? .....	_ _ _
	5. sin tener en cuenta una tienda, se llevó dinero o pertenencias que no eran suyas?.....	_ _ _
	6. forzó la entrada a una casa o edificio para robar o para mirar alrededor? .....	_ _ _
	7. se llevó un carro (MX: coche, auto, CUB: máquina) que no le pertenecía? .....	_ _ _
GCS/ ICS	8. usó un arma o fuerza bruta para quitarle dinero o cosas a alguien? .....	_ _ _
	9. golpeó a alguien o se puso a pelear?.....	_ _ _
	10. dejó a alguien tan mal herido que necesitó vendajes o un médico (doctor)?.....	_ _ _
	11. usó un cuchillo o pistola o alguna otra cosa (como un palo o bate) para quitarle algo a alguien?.....	_ _ _
	12. obligó a alguien a tener relaciones sexuales con usted cuando no querían? .....	_ _ _
	13. estuvo involucrado en la muerte o asesinato de otra persona (incluyendo accidentes)?.....	_ _ _
	14. le prendió fuego a un edificio, carro (MX: coche, auto, CUB: máquina) u otra propiedad intencionalmente? .....	_ _ _
GCS/ DCS	15. manejó un carro (MX: coche, auto, CUB: máquina) cuando estaba bajo los efectos del alcohol o de drogas ilegales? .....	_ _ _
	16. vendió, distribuyó o ayudó a producir drogas ilegales?.....	_ _ _
	17. cambió sexo por alimento, drogas o dinero?.....	_ _ _

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de días.

**Durante los últimos 12 meses, ¿cuántos días...**

18.	fue miembro de una pandilla o una banda (PR: ganga)? .....	_ _ _
19.	apostó ilegalmente? .....	_ _ _
99.	hizo algo más, aparte de usar drogas, que le hubiera causado problemas con la policía si ellos se hubieran enterado? ( <b>Por favor describa</b> ).....	_ _ _
	v. _____	

**[SI SE REPORTÓ HACE 4 A 12 MESES EN L3, PASE A L4]**

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de días.

IAS	L3d. <b>Durante los últimos 90 días, ¿cuántos días</b> estuvo metido en actividades que pensó podrían causarle problemas o están en contra de la ley (además del uso de drogas)?.....	<u>Días</u>	
		_ _ _	[SI "0", PASE A L4]
	L3e-g. ¿En cuántos de estos días estuvo metido en esas actividades, (que pensó podrían ocasionarle problemas o están en contra de la ley) ...		
	e. para ayudarse económicamente? .....	_ _ _	
	f. para obtener drogas o alcohol?.....	_ _ _	
	g. mientras estaba borracho o drogado ("high")?.....	_ _ _	

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de veces.

L4. **En toda su vida**, ¿cuántas multas le han dado por violaciones menores de tráfico? No incluya las que resultaron en un arresto. .... |\_|\_|\_|\_|  
 Veces

\* L4a. **En toda su vida**, ¿cuántas veces ha sido agarrado o levantado por la policía por ofensas como huir de la casa o ausentarse sin permiso de la escuela?..... |\_|\_|\_|\_|  
 Veces

\* L5. En toda su vida, ¿cuántas veces ha sido arrestado, acusado de un crimen o **procesado**? Por favor incluya todas las ocasiones en que esto ocurrió, aunque después lo hayan dejado en libertad o le retiraron los cargos..... |\_|\_|\_|\_| **[SI "0", PASE A L6]**  
 Veces

\*\* L5a. ¿Cuáles fueron los cargos? (¿Hubo otros cargos?)  
 (Si hubo más de 5 arrestos, haga todas las preguntas de la siguiente manera: ¿por cuáles de las siguientes ofensas ha sido **alguna vez** arrestado y acusado?)

	MENCIONADO	
	Sí	No
1. Vandalismo o destrucción de propiedad .....	1	0
2. Recibir, poseer o vender objetos robados .....	1	0
3. Escribir cheques sin fondos, falsificación o fraude .....	1	0
4. Hurto en las tiendas .....	1	0
5. Hurto o robo .....	1	0
6. Robo de casa o allanamiento de propiedad .....	1	0
7. Robo de un vehículo de motor .....	1	0
8. Asalto o atraco.....	1	0
9. Asalto simple o agresión física.....	1	0
10. Asalto agravado o agresión física .....	1	0
11. Violación.....	1	0
12. Asesinato, homicidio, u homicidio sin premeditación, no intencional .....	1	0
13. Incendio premeditado .....	1	0
14. Manejar bajo el efecto del alcohol o las drogas.....	1	0
15. Embriaguez u otra violación a la ley de licores .....	1	0
16. Poseer, comerciar, distribuir o vender drogas .....	1	0
17. Prostitución, proxenetismo (tratante de blancas, MX: padrotear, CUB: servir como chulo) o sexo comercializado .....	1	0
18. Violaciones a la libertad condicional ("parole") o probatoria ("probation") ....	1	0
19. Apuestas ilegales .....	1	0
99. Delitos condicionales u otras ofensas (toque de queda, ausentarse sin permiso de la escuela, graffiti, involucrarse en actividades con pandillas o bandas (ganga), huir de la casa, violencia familiar, perturbar o alterar la paz pública, desorden público, materiales y objetos para el uso de drogas) ( <b>Por favor describa</b> ).....	1	0
v. _____		

L5ac. ¿Cuántas veces fue encontrado culpable y sentenciado, incluyendo el ser sentenciado como adolescente o ser condenado como adulto? ..... |\_|\_|\_|\_|  
 Veces

\* L5ad. ¿Cuántos años tenía cuando fue sentenciado o condenado por primera vez? ..... |\_|\_|\_|  
 Edad

L5ae. En toda su vida, ¿cuánto tiempo en total ha pasado en detención, cárcel o prisión?..... |\_|\_|\_|\_|+|\_|\_|\_|\_|+|\_|\_|\_|\_|+|\_|\_|\_|\_|  
 Años Meses Semanas Días







Usando la **Tarjeta E...**

AGHS L10. ¿**Cuándo** necesitará (más) ayuda con su situación legal **actual**? Diría que....

(Circule una)

- Inmediatamente..... 4
- En los próximos 3 meses ..... 3
- Dentro de 3 meses o más a partir de hoy ..... 2
- Ya está recibiendo la ayuda que necesita..... 1 **IPASE A V11**
- No necesita ayuda..... 0 **IPASE A V11**

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

L10a. <b>En este momento,</b> ¿quiere (más) ayuda con...	<u>Sí</u>	<u>No</u>
1. procedimientos con la justicia civil? .....	1	0
2. estar involucrado en actividades ilegales? .....	1	0
3. procedimientos con la justicia criminal? .....	1	0
4. hacer arreglos o acuerdos con un oficial de probatoria (“probation officer”), libertad condicional (“parole officer”) u otro oficial de la corte? ....	1	0
5. caso de custodia de menores? .....	1	0
99. algún otro asunto relacionado con su situación legal? ( <b>Por favor describa</b> ).....	1	0
v. _____		

*Para uso del personal solamente*

AGUR  
AGDM\*

L11. Escala de Urgencia [LER]: No <input type="checkbox"/> 0 Ya tiene <input type="checkbox"/> 1 En 3 meses <input type="checkbox"/> 2 0-3 Meses <input type="checkbox"/> 3 Ahora <input type="checkbox"/> 4
L12. Escala de Negación [LEN]: Ninguno <input type="checkbox"/> 0 Algo <input type="checkbox"/> 1 Malinterp. <input type="checkbox"/> 2 Negación <input type="checkbox"/> 3 Mintiendo <input type="checkbox"/> 4

**V. Vocacional (escuela, trabajo, finanzas)**

Las siguientes preguntas son acerca de la escuela, trabajo y dinero.

- \* V1. ¿Cuál es el **último** grado o año que **completó en la escuela?**  
*(NOTA: Puede utilizar 12 para escuela superior, 16 para grado universitario o licenciatura y 17 para postgrado o maestría o más de 4 años de universidad)* .....|\_|\_|\_|\_| Grado  
 .....
- \* V1a. ¿Recibió **alguna vez** un tipo de educación especial o servicios o fue a algún programa escolar alterno? ..... Sí No [SI “NO”, PASE A V1b]  
 .....1 0
- [Si responde “**Sí**”, ¿a qué tipo de servicios o programa fue?]
- v1. \_\_\_\_\_  
 v2. \_\_\_\_\_  
 v3. \_\_\_\_\_
- \* V1b. Durante su **último** año en la escuela, ¿cuál fue su promedio de notas? ..... (Aclare y codifique)
- |   |    |
|---|----|
| Entre A- y A+.....                            | 4  |
| Entre B- y B+.....                            | 3  |
| Entre C- y C+.....                            | 2  |
| Entre D- y D+.....                            | 1  |
| F.....  | 0  |
| Mixto/Otro ( <b>Por favor describa</b> )..... | 99 |
| v. _____                                      |    |
- \*\* V2. ¿Qué diplomas, títulos, certificados o licencias ha recibido? ..... MENCIONADO  
 (¿Algún otro?) [Si ninguno, circule todos los “0”] Sí No
- |  |   |   |
|--|---|---|
| 1. Diploma de bachillerato o preparatoria.....                                 | 1 | 0 |
| 2. Pasó el examen de equivalencia general (GED, por sus siglas en inglés)..... | 1 | 0 |
| 3. Certificado de educación adulta básica (ABE, por sus siglas en inglés)..... | 1 | 0 |
| 4. Título universitario de dos años.....                                       | 1 | 0 |
| 5. Grado universitario de 4 años o licenciatura.....                           | 1 | 0 |
| 6. Escuela de posgrado (maestría o doctorado).....                             | 1 | 0 |
| 7. Certificado vocacional/ocupacional.....                                     | 1 | 0 |
| 8. Licencia de aprendizaje de algún oficio.....                                | 1 | 0 |
| 99. Otros títulos o licencias ( <b>Por favor describa</b> ).....               | 1 | 0 |
| v. _____   |   |   |

Usando la **Tarjeta A...**

TAS *	V3. ¿Cuándo fue la <b>última</b> vez que estuvo en cualquier clase de escuela o programa de capacitación? <span style="float: right;">(Circule una)</span>	
	En los últimos dos días .....	6
	Hace 3 a 7 días .....	5
	Hace 1 a 4 semanas .....	4
	Hace 1 a 3 meses .....	3
	Hace 4 a 12 meses .....	2
	Hace más de 12 meses .....	1 [PASE A V4]
	Nunca.....	0 [PASE A V4]

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

TPI	V3. <b>Durante los últimos 12 meses</b> , usted ...	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	a. ¿tuvo malas notas o bajó las notas en la escuela o programa de capacitación? .....	1	0
	b. ¿llegó tarde o se fue temprano de la escuela o programa de capacitación? .....	1	0
	c. ¿se enfermó en la escuela o programa de capacitación? .....	1	0
	d. ¿se hirió o lastimó en la escuela o programa de capacitación?.....	1	0
	e. ¿se peleó o metió en problemas en la escuela o programa de capacitación? .....	1	0
	f. ¿se ausentó 5 días o más de la escuela o programa de capacitación por algún motivo? .....	1	0
	h. ¿faltó (PR: cortó, MX: se fue de pinta) a la escuela o programa de capacitación solo porque no tenía ganas de estar allí?.....	1	0
	j. ¿fue suspendido o expulsado de la escuela o programa de capacitación?.....	1	0

**[SI SE REPORTÓ HACE 4 A 12 MESES EN V3, PASE A V4]**

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de días o veces.

TAS	V3. <b>Durante los últimos 90 días</b> , ¿cuántos ...	<u>Días</u>	
	(NOTA: 5 días por semana en 90 días equivale a 64 días)		
*	k. <b>días</b> fue a cualquier clase de escuela o programa de capacitación? .....	_ _ _ _	[SI "0", PASE A V4]
*	m. <b>días</b> fue a la escuela o programa de capacitación tiempo completo? ...	_ _ _ _	
*	n. <b>días</b> faltó a la escuela o programa de capacitación por cualquier motivo?.....	_ _ _ _	
*	p. <b>días</b> se metió en problemas en la escuela o programa de capacitación por algún motivo? .....	_ _ _ _	
*	q. <b>días</b> lo suspendieron de la escuela o programa de capacitación por alguna razón? .....	_ _ _ _	
*	r. <b>veces</b> lo expulsaron de la escuela o programa de capacitación? .....	_ _ _ _	Veces
*	s. ¿A qué escuela (va/fue)?		
	v. _____		



V5b. ¿Cuál fue la última clase de trabajo que tuvo? **(Por favor describa abajo)**

- v1. \_\_\_\_\_
- v2. \_\_\_\_\_
- v3. \_\_\_\_\_

**Círcule el número que mejor describa la clase de trabajo que informó arriba.**  
**(Circule una)**

<b>Profesional y técnico</b> (contador, arquitecto, doctor, ingeniero, artista de entretenimiento, juez, abogado, enfermero registrado, científico, trabajador social, maestro, escritor) .....	1
<b>Gerente y administrador</b> (funcionario del gobierno, gerente de oficina, gerente de ventas, administrador de escuela, dueño de negocio pequeño) .....	2
<b>Ventas</b> (cajero, agente de seguros, corredor de bienes raíces, vendedor de tienda, representante de ventas, telemercadeo u otro tipo de vendedor) .....	3
<b>Oficinista o empleado de oficina</b> (cajero de banco, tenedor de libros, secretario, mecanógrafo, oficinista de correos o cartero, agente de boletos) .....	4
<b>Trabajo manual o relacionado</b> (pintor de carros, panadero, carpintero, electricista, mampostero, mecánico, maquinista, clases de música, constructor de herramientas y troqueles, instalador de teléfonos).....	5
<b>Operario</b> (ensamblador, verificador, dependiente de gasolinera, cortador de carne, empacador, operario de lavandería o lavado en seco, operario minero, soldador, trabajador de garage) .....	6
<b>Operario de equipo de transportación</b> (chofer de autobús, chofer de taxi o chauffeur, chofer de camión, repartidor).....	7
<b>Obrero</b> (obrero de construcción, lavador de platos, conductor de montacarga, obrero de carga, jardinero en un vivero, mantenimiento del alto nivel/reparar cosas, repartidor de periódico/papel, operador de papel, surtidor en una tienda, trabajador de saneamiento) .....	8
<b>Trabajador de casa privada</b> (niñera, sirvienta, mayordomo, cocinero) .....	9
<b>Trabajador de servicio</b> (empacador en una tienda, barbero, cosmetólogo, limpiar mesas en un restaurante, consejero en un campamento, cocinero, servicio al cliente en una tienda, ayudante de alimentación, cajero en restaurante de comida rápida, conserje, cortador de prado o césped, salvavidas, limpieza/mantenimiento-recoger hojas, enfermero práctico, anfitrión/anfitriona en un restaurante, vigilante/alquiler patines, acomodador en tetaro/show, mesero/mesera).....	10
<b>Granjero o gerente de granja</b> .....	11
<b>Trabajador de granja</b> (capataz, recogedor).....	12
<b>Servicio militar</b> .....	13
<b>Otro (Por favor describa en V5b)</b> .....	99

Usando la **Tarjeta A...**

- EmAS \* V6. ¿Cuándo fue la **última** vez que trabajó en un empleo civil o trabajó por cuenta propia? **(Circule una)**
- En los últimos dos días ..... 6
  - Hace 3 a 7 días ..... 5
  - Hace 1 a 4 semanas ..... 4
  - Hace 1 a 3 meses ..... 3
  - Hace 4 a 12 meses ..... 2
  - Hace más de 12 meses ..... 1 **[PASE A V7]**
  - Nunca..... 0 **[PASE A V7]**

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

- EmPI V6. **Durante los últimos 12 meses**, ¿usted ...
- |  | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|--|-----------|-----------|
| a. hizo un mal trabajo o hizo su trabajo peor que antes?.....                                  | 1         | 0         |
| b. llegó tarde o se fue temprano del trabajo?.....   | 1         | 0         |
| c. se enfermó en el trabajo?.....  | 1         | 0         |
| d. se hirió o lastimó en el trabajo? .....   | 1         | 0         |
| e. se peleó o metió en problemas en el trabajo? .....  | 1         | 0         |
| f. se ausentó del trabajo 5 días o más por alguna razón?.....                                  | 1         | 0         |
| h. faltó (PR: cortó, MX: se fue de pinta) al trabajo porque no tenía ganas de estar allí?..... | 1         | 0         |
| j. fue despedido o se le solicitó que no vaya a trabajar?.....                                 | 1         | 0         |

**[SI SE REPORTÓ HACE 4 A 12 MESES EN V6, PASE A V7]**

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de días o veces.

- EmAS \* V6. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos ... Días
- (NOTA: 5 días por semana en 90 días equivale a 64 días de trabajo)*
- \* k. **días** trabajó por dinero en un trabajo o negocio?.....|\_|\_|\_| **[SI "0", PASE A V7]**
  - \* m. **días** trabajó tiempo completo (7 o más horas por día)? .....
  - \* n. **días** faltó al trabajo por alguna razón?.....|\_|\_|\_|
  - \* p. **días** se metió en problemas en el trabajo por algún motivo? .....
  - \* q. **días** fue suspendido del trabajo por algún motivo? .....
  - \* r. **veces** fue despedido del trabajo? .....
- s. ¿Dónde (trabaja/trabajaba)?  
v. \_\_\_\_\_



Usando la **Tarjeta A...**

- FIS V8. ¿Cuándo fue la **última** vez, si alguna, que tuvo algún problema de dinero, incluyendo discusiones acerca de dinero o no tener suficiente para comida o casa? **(Circule una)**
- En los últimos dos días ..... 6
  - Hace 3 a 7 días ..... 5
  - Hace 1 a 4 semanas ..... 4
  - Hace 1 a 3 meses ..... 3
  - Hace 4 a 12 meses ..... 2
  - Hace más de 12 meses ..... 1 **[PASE A V9]**
  - Nunca..... 0 **[PASE A V9]**

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

- FPI V8. **Durante los últimos 12 meses, ...**
- |   | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|---|-----------|-----------|
| a. ¿se le terminó el dinero para comida o transporte? .....   | 1         | 0         |
| b. ¿se le terminó el dinero para vivienda?.....   | 1         | 0         |
| c. ¿gastó la mitad de su ingreso o más en vivienda y servicios?.....  | 1         | 0         |
| d. sin contar un préstamo para vivienda o carro (MX: coche, auto, CUB: máquina), ¿le debe a otras personas más dinero del que hace en dos meses?..... | 1         | 0         |
| e. ¿no tuvo dinero suficiente para pagar todas sus cuentas a tiempo?.....   | 1         | 0         |
| f. ¿se atrasó 120 días o más en una cuenta? .....   | 1         | 0         |
| g. ¿gastó dinero que se necesitaba para pagar cuentas en alcohol, drogas, apuestas o en usted de alguna otra forma?.....                              | 1         | 0         |
| h. ¿tuvo que pedir dinero prestado de algún familiar o amigo cercano para comida, alquiler (renta) o servicios? .....                                 | 1         | 0         |
| j. ¿tuvo que usar un banco de alimentos, comedor comunitario o albergue de emergencia? .....  | 1         | 0         |
| k. ¿discutió con regularidad sobre dinero con otras personas en su familia o casa?.....   | 1         | 0         |

Por favor, responda las siguientes preguntas usando el número de días.

- FIS m. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos **días** tuvo algún problema de dinero, incluyendo discusiones acerca de dinero o no tener suficiente para comida o casa?.....|\_\_|\_\_| Días

Las siguientes preguntas son acerca de apostar. Esto incluye apostar en deportes, jugar a la lotería, ir a casinos o apostar por dinero, drogas, sexo u otras cosas.

Usando la **Tarjeta A...**

- FIS  
\* V9. ¿Cuándo fue la **última** vez, si alguna, que usted apostó por dinero, drogas, sexo u otras cosas? **(Circule una)**
- En los últimos dos días ..... 6
  - Hace 3 a 7 días ..... 5
  - Hace 1 a 4 semanas ..... 4
  - Hace 1 a 3 meses ..... 3
  - Hace 4 a 12 meses ..... 2
  - Hace más de 12 meses ..... 1 **[PASE A V10]**
  - Nunca..... 0 **[PASE A V10]**

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

- PGI V9. **Durante los últimos 12 meses**, ¿usted...
- |   | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|---|-----------|-----------|
| a. pasó mucho tiempo pensando o hablando de sus apuestas?.....  | 1         | 0         |
| b. necesitó apostar más frecuentemente o en cantidades más grandes para obtener el mismo placer o entusiasmo? ..... | 1         | 0         |
| c. trató de apostar menos?.....   | 1         | 0         |
| d. tuvo dificultad para quedarse quieto o se molestó cuando no pudo apostar?.....                                   | 1         | 0         |
| e. apostó para huirle a los problemas o sentirse mejor? .....   | 1         | 0         |
| f. trató de “recuperar” sus pérdidas yendo a apostar otro día? .....  | 1         | 0         |
| g. mintió acerca de cuánto tiempo pasó apostando o cuánto dinero perdió?.....                                       | 1         | 0         |
| h. pagó por sus apuestas con cheques sin fondos, el dinero de otra persona o con algo que no le pertenecía? .....   | 1         | 0         |
| j. perdió o tuvo problemas en la casa, trabajo, escuela o sus amigos debido a sus apuestas?.....                    | 1         | 0         |
| k. tomó prestado o agarró dinero de otros para poder pagar por sus apuestas?.....                                   | 1         | 0         |

**[SI REPORTÓ HACE 4 A 12 MESES EN V9, PASE A V10]**

Por favor responda las siguientes preguntas usando el número de días.

- FIS  
\* m. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuántos **días** apostó por dinero, drogas, sexo u otras cosas?.....|\_|\_|\_| Días

<i>Para uso del personal solamente</i>
n. Diagnóstico del juego patológico (Marque si 5+ en a-k):

\* V10. ¿Cuál es **su** fuente principal de ingresos?

(Aclara y codifique)

- Ninguno .....0
- Jornales o salario de un empleo legítimo o negocio .....1
- Pagos por seguro social o retiro de trenes (“Railroad”).....2
- Ingresos de seguro suplementario o por incapacidad (SSI o SSDI, por sus siglas en inglés) .....3
- Otra asistencia pública o pagos de asistencia social de la oficina de bienestar público estatal o local tal como asistencia general .....4
- Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, anteriormente AFDC, por sus siglas en inglés).....5
- Intereses, dividendos, alquiler (renta), regalías o herencia .....6
- Ingreso del esposo(a), familia o amigos (incluyendo mantenimiento del hijo, pensión alimenticia, mesada o mensualidad).....7
- Apuestas (incluyendo una perdida) .....8
- Estafando, traficando u otras actividades ilegales .....9
- Compensación por desempleo.....10
- Alguna otra fuente (**Por favor describa**) .....99
- v. \_\_\_\_\_

Usando la **Tarjeta A...**

V10a. ¿Cuándo fue la **última** vez, si alguna, que usted recibió asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, anteriormente AFDC, por sus siglas en inglés)?

(Circule una)

- En los últimos dos días ..... 6 [ANOTE “1” EN V10b]
- Hace 3 a 7 días ..... 5 [ANOTE “1” EN V10b]
- Hace 1 a 4 semanas ..... 4
- Hace 1 a 3 meses ..... 3
- Hace 4 a 12 meses ..... 2
- Hace más de 12 meses ..... 1
- Nunca..... 0 [PASE A V11]

V10b. ¿Aún está recibiendo beneficios de asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)?

(Si responde “No,” ¿puede decirme por qué dejó de recibir beneficios?)....1 Sí No [SI “1”, PASE A V11]  
0

(Anote “palabra por palabra” y codifique la razón abajo)

b1v. \_\_\_\_\_

<i>Para uso del personal solamente: Código para razón</i>	
B1. Beneficios se terminaron ..... 1	Otro cambio en elegibilidad ..... 4
Consiguió trabajo.....2	Violación técnica (no fue a una cita, trámites) ..... 5
Cambio en custodia.....3	Otro (Por favor describa arriba en b1v) ..... 99

\*\* V11. **Durante los últimos 90 días**, aproximadamente, ¿cuánto dinero recibió en total de cada una de las siguientes fuentes? **(Lealas todas)**  
**[VERIFIQUE QUE ESA CANTIDAD ES POR LOS ÚLTIMOS 90 DÍAS. SI NINGUNA, ANOTE “0”]**

Total 90 Días

- a. Jornal o salario de un trabajo o negocio legítimo ..... \$ | | | | | , | | | | |
- b. Cónyuge, familia o amistades ..... \$ | | | | | , | | | | |
- c. Pensión alimenticia y mantenimiento de los hijos..... \$ | | | | | , | | | | |
- d. Ingresos de seguro suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), para el cual usted tiene derecho por sus ingresos bajos ..... \$ | | | | | , | | | | |
- e. Pago por incapacidad (SSDI, por sus siglas en inglés), compensación por desempleo a causa de una lesión relacionada con el trabajo o ingresos de un plan privado por incapacidad. .... \$ | | | | | , | | | | |
- f. Compensación por desempleo debido a cesantía..... \$ | | | | | , | | | | |
- g. Otros ingresos de jubilación, incluyendo pensión por servicio militar y pensiones privadas ..... \$ | | | | | , | | | | |
- h. Asistencia social o programas de asistencia pública como (TANF, por sus siglas en ingles), cupones de alimentos o asistencia para vivienda ..... \$ | | | | | , | | | | |
- j. Departamento de asuntos de veteranos ..... \$ | | | | | , | | | | |
- k. Actividades criminales o posiblemente ilegales, incluyendo estafar o traficar ..... \$ | | | | | , | | | | |
- m. Algún otro ingreso no mencionado arriba **(Por favor describa)** ..... \$ | | | | | , | | | | |
- v. \_\_\_\_\_
- n. Así que en total, usted recibió como \$ \_\_\_\_\_ **(sume y corrija)** de todas estas fuentes durante los últimos 90 días..... \$ | | | | | , | | | | |
- p. ¿Cuánto gastó en alcohol?..... \$ | | | | | , | | | | |
- q. ¿Cuánto gastó en drogas?..... \$ | | | | | , | | | | |

Las siguientes dos preguntas tienen que ver con su hogar. Esto puede incluir todas las personas con las que comparte su ingreso y los gastos de la casa (tales como esposo(a), hijos, padres, parientes y/o parejas sexuales).

PoPI r. ¿**Cuántas** personas hay en su casa? ..... | | | | | \_ \_ \_ | Personas

La siguiente pregunta es acerca del ingreso combinado de todas las personas en su casa. NO necesitamos una cantidad exacta. Si se le hace más fácil puede redondear su respuesta a ciento o mil más cercano. **(Anote “NS” si no sabe)**

s. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuál fue el ingreso total de todos en su **casa**? ..... \$ | | | | | , | | | | |

Usando la **Tarjeta E...**

- AGHS V12. ¿**Cuándo** necesitará (más) ayuda con su trabajo o situación financiera? Diría que ... (Circule una)
- Inmediatamente ..... 4
  - En los próximos 3 meses ..... 3
  - Dentro de 3 meses o más a partir de hoy ..... 2
  - Ya está recibiendo la ayuda que necesita..... 1 [PASE A LA SIGUIENTE PÁGINA]
  - No necesita ayuda..... 0 [PASE A LA SIGUIENTE PÁGINA]

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

- V12a. **En este momento**, ¿quiere (más) ayuda para...
- |   | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|---|-----------|-----------|
| 1. ir a un programa de capacitación o escuela? .....  | 1         | 0         |
| 2. conseguir un préstamo estudiantil o salir del incumplimiento de un préstamo estudiantil? .....                   | 1         | 0         |
| 3. conseguir un trabajo (mejor)?.....   | 1         | 0         |
| 4. conseguir o mantener beneficios públicos o privados?.....  | 1         | 0         |
| 5. manejar su situación financiera? .....   | 1         | 0         |
| 6. el apostar? .....  | 1         | 0         |
| 7. identificación (tarjeta de seguro social)?.....  | 1         | 0         |
| 8. el cuidado de los niños mientras va al trabajo o la escuela? .....   | 1         | 0         |
| 99. alguna otra cosa relacionada con su escuela, trabajo o situación financiera? ( <b>Por favor describa</b> )..... | 1         | 0         |
| v. _____  |           |           |

<i>Para uso del personal solamente</i>	
AGUR	V13. Escala de Urgencia [VEU]: No <input type="checkbox"/> 0 Ya tiene <input type="checkbox"/> 1 En 3 meses <input type="checkbox"/> 2 0-3 Meses <input type="checkbox"/> 3 Ahora <input type="checkbox"/> 4
AGDM*	V14. Escala de Negación [VEN]: Ninguno <input type="checkbox"/> 0 Algo <input type="checkbox"/> 1 Malinterp. <input type="checkbox"/> 2 Negación <input type="checkbox"/> 3 Mintiendo <input type="checkbox"/> 4

**CG. Suplemento CSAT GPRA**

(Para uso con VGNI-I versión 5.4)

Las siguientes preguntas suplementarias se recogen para apoyar los requerimientos de nuestro patrocinador (the Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) bajo el Government Performance and Results Act. The Office of Management and Budget (OMB) No. 0930-0208 que expira el 01/31/2007. Puede dirigir sus comentarios al SAMHSA Reports Clearance Officer, Room 7-1045, 1 Choke Cherry Road, Rockville, MD 20857).

- Clase de cliente: Cliente en tratamiento.....1  
*(Es un cliente que esta en tratamiento por abuso de alcohol o drogas en su agencia y estos servicios de tratamiento estan siendo financiados por una subvención de CSAT)*  
 Cliente en recuperación.....2  
*(Es un cliente que esta recibiendo servicios de apoyo a través de su agencia y estos servicios de tratamiento estan siendo financiados por una subvención de CSAT)*

**[SI NO USÓ ALCOHOL EN EL ÚLTIMO MES (S2a<4), PASE A CGS2]**

Usted dijo anteriormente que usó alcohol en el último mes.

- CGS1. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días tomó...  
 a. Alguna clase de alcohol (como cerveza, vino, whiskey, ginebra, tequila, ron o cócteles)? .....|\_|\_| Días  
 b. 5 tragos o más de alcohol? .....|\_|\_| Días  
 c. 4 tragos o menos de alcohol y se sintió que se había emborrachado? .....|\_|\_| Días

**[SI NO USÓ DROGAS EN EL ÚLTIMO MES (S2c-r TODAS <4), PASE A CGS4]**

Usted dijo anteriormente que usó marihuana, cocaína, heroína u otras drogas en el último mes.

- CGS2. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días usó drogas ilegales? .....|\_|\_| Días

**[SI CGS1a=0 o se saltó Q CGS2=0 o se saltó, PASE A CGS4]**

Usted nos dijo anteriormente que usó ambos, alcohol y drogas en el último mes.  
*(Nota: número de días no puede sobrepasar el valor de CGS1a o CGS2, cualquiera que sea el menor)*

- CGS3. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días usó ambos alcohol y drogas (en el mismo día)? .....|\_|\_| Días

[SI NO USÓ DROGAS EN EL ÚLTIMO MES (S2c-r <u>TODAS</u> <4), PASE A CGB4] CGS4. Ahora queremos revisar su uso de drogas en los últimos 30 días. Las siguientes preguntas le pedirán el número de días en los cuales usó una droga en particular y la forma más severa en que la usó. Las formas en las que usó van desde la menos severa hasta la más severa y son oral, nasal, fumando, inyección intramuscular y IV.	En los últimos 30 días, ¿cuántos días usó ...	r. ¿Cuál fue la forma más severa en la que usó?					
		Días	Oral	Nasal	Fumando	Inyección Intramuscular	IV
		1	2	3	4	5	
[SI NO USÓ MARIHUANA EN EL ÚLTIMO MES (S2c<4), PASE A CGS4b]							
a. Marihuana, hachís, “blunts” (cigarro de marihuana, MX: churro, COL: bareto) u otras formas de THC (yerba, pitillo, MX: mota, toque)?	□□□	1	2	3	4	5	
[SI NO USÓ COCAÍNA EN EL ÚLTIMO MES (S2d-e AMBOS<4), PASE CGS4c]							
b. Crack y/u otras formas de cocaína?	□□□	1	2	3	4	5	
[SI NO USÓ INHALANTES EN EL ÚLTIMO MES (S2f<4), PASE A CGS4d]							
c. Inhalantes?	□□□	1	2	3	4	5	
[SI NO USÓ HEROÍNA EN EL ÚLTIMO MES (S2g<4), PASE A CGS4e]							
d. Heroína?	□□□	1	2	3	4	5	
[SI NO USÓ METADONA SIN RECETA EN EL ÚLTIMO MES (S2h<4), PASE A CGS4f]							
e. Usó metadona sin receta?	□□□	1	2	3	4	5	
<b>[SI NO USÓ OPIOIDES EN EL ÚLTIMO MES (S2j&lt;4), PASE A CGS4g]</b>							
f1. Morfina?	[SI “0”, PASE A f2]	□□□	1	2	3	4	5
f2. Diluadid?	[SI “0”, PASE A f3]	□□□	1	2	3	4	5
f3. Demerol?	[SI “0”, PASE A f4]	□□□	1	2	3	4	5
f4. Percocet?	[SI “0”, PASE A f5]	□□□	1	2	3	4	5
f5. Darvon?	[SI “0”, PASE A f6]	□□□	1	2	3	4	5
f6. Codeína?	[SI “0”, PASE A f7]	□□□	1	2	3	4	5
f7. Tylenol 2, 3 ,4?	[SI “0”, PASE A f8]	□□□	1	2	3	4	5
f8. Oxycontin/Oxidodone?	[SI “0”, PASE A CGS4g1]	□□□	1	2	3	4	5

CGS4. (Continuación)	En los últimos 30 días, ¿cuántos días usó ...	r. ¿Cuál fue la forma más severa en qué la usó?				
		Oral	Nasal	Fumando	Inyección Intramuscular	IV
<b>Días</b>						
<b>[SI NO USÓ PCP, DROGAS FARMACÉUTICAS O DE CLUB EN EL ÚLTIMOS MES (S2k-q&lt;4), PASE A CGS4h]</b>						
g1. Alucinógenos/sicodélicos, PCP (polvo de ángel, ozono, “wack”, combustible de cohete), MDMA, (éxtasis, XTC, X, Adam), LSD (ácido, “yellow sunshine”), hongos o mezcalina? <b>[SI “0”, PASE A g2]</b>	___	1	2	3	4	5
g2. Metanfetamina u otras anfetaminas (meth, “uppers”, “speed”, “ice”, “chalk”, cristal, “glass”, “fire”, “cranck”)? <b>[SI “0”, PASE A g3]</b>	___	1	2	3	4	5
g3. Benzodiazepinas: Diazepam (Valium); Alprazolam (Xanax); Triazolam (Alción) y Éstasolam (Prosom y Rohypnol – conocido también como rufis, roche y cope)? <b>[SI “0”, PASE A g4]</b>	___	1	2	3	4	5
g4. Barbitúricos: Mephobarbital (Mebacut) y pentobarbital sodium (Nembutal)? <b>[SI “0”, PASE A g5]</b>	___	1	2	3	4	5
g5. GHB sin receta (conocida como daño corporal grave; éxtasis líquido y chico Georgia)? <b>[SI “0”, PASE A g6]</b>	___	1	2	3	4	5
g6. Ketamina (conocida como Special K o vitamina K)? <b>[SI “0”, PASE A g7]</b>	___	1	2	3	4	5
g7. Otros tranquilizantes, “downers”, sedantes o hipnóticos <b>[SI “0”, PASE A GS4h]</b>	___	1	2	3	4	5
h. <b>[SI NO USÓ OTRAS DROGAS EN EL ÚLTIMO MES (S2r&lt;4), PASE A CGB4]</b> Otras drogas ilegales? <b>Por favor describa v. _____</b>	___	1	2	3	4	5

Usando la Tarjeta G, por favor, responda las siguientes preguntas usando “nada, algo, considerablemente o extremadamente.”	Nada	Algo	Considerablemente	Extremadamente
CGS2. Durante los últimos 90 días, ...				

CGS2a. ¿Qué tan <b>estresantes</b> han estado las cosas para usted por su uso de alcohol u otras drogas?.....0	1	2	3
CGS2b. ¿Hasta que punto su uso de alcohol u otras drogas ha causado que <b>disminuya o deje de hacer actividades importantes</b> ? .....0	1	2	3
CGS2c. ¿Hasta que punto su uso de alcohol u otras drogas ha causado que tenga <b>problemas emocionales</b> ? .....0	1	2	3

**[SI NO USÓ AGUJAS EN EL ÚLTIMO MES (R1<4 Y TODAS LAS FORMAS DE USO EN CGS4a-h<4), PASE A CGF3]**

Usted dijo anteriormente que usó agujas en el último mes.

CGB4. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usó una jeringa (PR: jeringuilla), quemador, algodón o agua que alguien más usó?

Diría que...

- Siempre.....1
- Frecuentemente .....2
- La mitad de las veces.....3
- Algunas veces .....4
- Nunca.....5

**[SI NO TUVO ACTIVIDAD SEXUAL EN EL ÚLTIMO MES (R2<4), PASE A CGF4]**

Usted dijo anteriormente que tuvo relaciones sexuales en el último mes.

CGF3. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos

**[SI "0", PASE A CGF4]**

- a. contactos sexuales (vaginal, oral, anal) tuvo usted? .....|\_|\_|
- b. contactos sexuales sin protección tuvo usted? .....|\_|\_|

**[SI "0", PASE A CGF4]**

¿Cuántos de estos contactos sexuales sin protección fueron con una persona que es/esta o era/estaba...

- c. 1. VIH positivo o tiene SIDA? .....|\_|\_|
- 2. alguien que usa drogas vía intravenosa?.....|\_|\_|
- 3. drogado con alguna sustancia?.....|\_|\_|

CGF4. En los últimos 30 días, sin ser causado por su uso de alcohol o drogas, ¿cuántos días .....

- a. sufrió depresión severa? .....|\_|\_|
- b. sufrió tensión o ansiedad severa? .....|\_|\_|
- c. sufrió de alucinaciones?.....|\_|\_|
- d. tuvo problemas para entender, concentrarse o recordar?.....|\_|\_|
- e. tuvo problemas para controlar comportamientos violentos?.....|\_|\_|
- f. intentó suicidarse? .....|\_|\_|

**[SI CGF4a-f SON TODAS=0 Y M5h1=0 o se salta, PASE A CGC1]**

CGF4\_a. ¿Cuánto le han molestado/afectado esos problemas psicológicos o emocionales en los últimos 30 días? Diría que...

- No? ..... 1
- Levemente?..... 2
- Moderadamente? ..... 3
- Considerablemente? ..... 4
- Extremadamente? ..... 5

- CGC1. En los últimos 30 días, ¿dónde ha vivido casi todo el tiempo?
- Albergue (refugio seguro, TLC, institución de pocas demandas, centros de recepción, otros refugios temporales para el día o la noche)..... 1
  - En la calle/a la intemperie (acera (MX: banquetta), en un portal (COL: entrada), parque, edificio público o abandonado) ..... 2
  - En una institución (hospital, hogar de asistencia o para ancianos, cárcel/prisión) ..... 3
  - Apartamento, habitación o casa propia/alquilada (rentada)..... 41
  - Apartamento, habitación o casa de alguien más..... 42
  - Casa de reinserción (media casa, casa de transición, “halfway house”)..... 43
  - Tratamiento residencial ..... 44
  - Otra clase de alojamiento (**Por favor describa**)..... 99
- v. \_\_\_\_\_

**[SI NO TIENE HIJOS (E4=0), PASE A CGD1]**

- |   | <u>Sí</u> | <u>No</u> |                             |
|---|-----------|-----------|-----------------------------|
| CGC6b. ¿Están algunos de sus hijos viviendo con alguien más debido a una orden de la corte para la protección del menor? .....        | 1         | 0         | <b>[SI NO, PASE A CGD1]</b> |
| CGC6c. ¿Cuántos de sus hijos están viviendo con alguien más debido a una orden de la corte para la protección del menor?.....         |           |           | _ _                         |
| CGC6d. ¿Para cuántos de sus hijos perdió sus derechos como padre?<br><i>[Se terminaron los derechos como padre del cliente]</i> ..... |           |           | _ _                         |

**[SI NO FUE A LA ESCUELA EN EL ÚLTIMO MES (V3<4 Y V7<> 8 O 9), PASE A CGD3]**

Usted dijo anteriormente haber ido a “la escuela o programa de capacitación” en el último mes.

- CGD1. En este momento, ¿está matriculado o inscrito en una escuela o programa de capacitación?(SI ES ASÍ: ¿Es tiempo completo o tiempo parcial?
- No esta inscrito o matriculado..... 1
  - Inscrito tiempo completo ..... 2
  - Inscrito tiempo parcial ..... 3
  - Otro (**Por favor describa**)..... 99
- v. \_\_\_\_\_



<b>Para uso del personal solamente Administración del documento GPRA</b>			
CGAI. Identifique los servicios que planea ofrecerle al cliente durante el curso del tratamiento /recuperación del cliente.			
<b>A. Modalidad - Seleccione por lo menos una</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
1.	Manejo de caso .....	1	0
2.	Tratamiento diurno .....	1	0
3.	Internado/Hospital (Otro diferente a desintoxicación) .....	1	0
4.	Ambulatorio .....	1	0
5.	De alcance .....	1	0
6.	Ambulatorio intensivo.....	1	0
7.	Metadona.....	1	0
8.	Residencial/Rehabilitación .....	1	0
9.	Desintoxicación ( <i>Seleccione solamente uno</i> )		
	Ninguno.....	0	
	Tratamiento en hospital.....	1	
	Residencial permanente gratis .....	2	
	Desintoxicación ambulatoria.....	3	
10.	Tratamiento continuo.....	1	0
11.	Apoyo para la recuperación.....	1	0
12.	Otro ( <b>Por favor describa</b> ).....	1	0
	v. _____		
<b>B. Servicios de tratamiento</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
1.	Examinación.....	1	0
2.	Intervención breve .....	1	0
3.	Tratamiento breve.....	1	0
4.	Referir a tratamiento .....	1	0
5.	Evaluación.....	1	0
6.	Plan de tratamiento/Recuperación .....	1	0
7.	Consejería individual .....	1	0
8.	Consejería de grupo .....	1	0
9.	Consejería de familia/matrimonio.....	1	0
10.	Servicios de recuperación/ Tratamiento recurrente.....	1	0
11.	Intervenciones farmacológicas .....	1	0
12.	Consejería para VIH/SIDA .....	1	0
13.	Otros servicios clínicos .....	1	0
	<b>(Por favor describa)</b>		
	v. _____		
<b>C. Servicios para manejo de caso</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
1.	Servicios de familia (Incluyendo matrimonio, educación, crianza de los hijos, serv. para desarrollo de los hijos) .....	1	0
2.	Cuidado de los hijos.....	1	0
3.	Servicios de empleo		
	a. Pre-empleo .....	1	0
	b. Preparación para el empleo.....	1	0
4.	Coordinación de serv. individuales.....	1	0
5.	Transportación.....	1	0
6.	Servicio VIH/SIDA.....	1	0
7.	Servicios de apoyo para vivienda de transición libre de drogas.....	1	0
8.	Otros servicios de manejo de caso .....	1	0
	<b>(Por favor describa)</b>		
	v. _____		
<b>D. Servicios médicos</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
1.	Cuidado médico.....	1	0
2.	Prueba de alcohol/droga.....	1	0
3.	Apoyo médico y pruebas VIH/SIDA .....	1	0
4.	Otros servicios médicos .....	1	0
	<b>(Por favor describa)</b>		
	v. _____		
<b>E. Servicios de tratamiento continuo</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
1.	Cuidado continuo.....	1	0
2.	Prevención de recaídas.....	1	0
3.	Preparación para recuperación.....	1	0
4.	Grupos de apoyo y autoayuda.....	1	0
5.	Apoyo espiritual .....	1	0
6.	Otros servicios de trat. continuo .....	1	0
	<b>(Por favor describa)</b>		
	v. _____		
<b>F. Servicios de educación</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
1.	Educación sobre abuso de sustancias .....	1	0
2.	Educación sobre VIH/SIDA .....	1	0
3.	Otros servicios de educación .....	1	0
	<b>(Por favor describa)</b>		
	v. _____		
<b>G. Serv. de apoyo para la recuperación de igual a igual</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
1.	Guía y preparación .....	1	0
2.	Apoyo para vivienda.....	1	0
3.	Actividades sociales libres de alcohol-drogas .....	1	0
4.	Información y referir.....	1	0
5.	Otros servicios para la recuperación de igual a igual .....	1	0
	<b>(Por favor describa) v. _____</b>		
CGTM. ¿Cuántos minutos adicionales gastó en las preguntas suplementarias CSAT GPRA?			
	a. Con el participante.....		
	b. Respondiendo las preguntas adicionales del personal para los archivos .....		

**Z. Fin**

¡Gracias! Estas son todas las preguntas que nosotros le tenemos esta vez.

Por favor escriba la hora en Z1. Si lo completó sin descansar, nosotros determinaremos cuántos minutos le tomó. Si tomó descanso(s), por favor asegúrese de anotar aproximadamente cuántos minutos en total le tomó hacer esta evaluación.

\*\* Z1. ¿Qué hora es ahora? .....|\_|\_|:|\_|\_| Hora (HH:MM)

b. ¿Es AM o PM? ..... |\_|\_| AM/PM

c. ¿Cuántos descansos tomó hoy? ..... |\_|\_| Descansos

d. Sin contar los descansos, ¿cuánto tiempo le tomó terminarlo hoy? ..... |\_|\_|\_| Minutos

\*\* Z2. ¿Hay algunos otros asuntos especiales que necesitamos saber para ayudarlo (o ayudarlo a ponerse bajo tratamiento)? ¿Tiene alguna otra pregunta o comentarios?

v1. \_\_\_\_\_

v2. \_\_\_\_\_

v3. \_\_\_\_\_

v4. \_\_\_\_\_

Ahora puede devolverle este formulario a la persona que se lo entregó. Esta persona lo revisará para asegurarse que todo se completó y para responderle alguna pregunta que tenga.

<i>Para uso del personal solamente (Opcional)</i>		
Z3. Una vez que hayamos respondido sus preguntas y revisado la evaluación con usted, le pediremos que firme y anote la fecha en esta forma abajo.		
Persona	Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)
a. Cliente/Paciente: _____	_____	_____
b. Consejero: _____	_____	_____
c. Supervisor Clínico: _____	_____	_____
d. Personal Médico: _____	_____	_____
e. Otro: _____	_____	_____

\*\*

<i>Para uso del personal SOLAMENTE</i>		
<b>XADM. Administración</b>		
Por favor, documente los siguientes aspectos de cómo la entrevista fue administrada. Si hay más comentarios detallados en alguna otra parte del documento, por favor asegúrese de resumirlos en la sección de comentarios adicionales abajo o díganos donde los podemos encontrar.		
a.	¿Cuál fue el modo principal de <b>administración</b> (MOA)? ( <b>Circule todas las que apliquen</b> )	<u>Sí</u> <u>No</u>
	1. Auto - administrado (SA) .....	1    0
	2. Auto - administrado con grabación (SAS) .....	1    0
	3. Administrado oralmente por el personal (ORS) .....	1    0
	4. Administrado oralmente por otros (ORA) .....	1    0
	5. Hecho a mano (PAP) .....	1    0
	6. Hecho por computador (CA) .....	1    0
	7. Hecho por teléfono (TEL) .....	1    0
	99. Otro (OTH) ( <b>Por favor describa</b> ) .....	1    0
	v. _____	
b.	¿Cuál fue el <b>idioma</b> principal en el cual fue realizado (LNG)?	
	Inglés (ENG) .....	1
	Español (SPN) .....	2
	Otro (OTH) ( <b>Por favor describa</b> ) .....	99
	v. _____	
c.	¿Hubo algún indicio de que el cliente pudo tener problemas de aprendizaje que podrían haber interferido con su capacidad para responder o participar en el tratamiento o en general, <b>indicios de problemas de desarrollo (IDD)</b> ?	
	No/ninguno (NO) .....	0
	Mínimo (MIN) .....	1
	Moderado (MOD) .....	2
	Mayor (MAJ) .....	3
d.	¿Hubo algún indicio de que la persona no pudo ubicarse en el tiempo o el espacio o en general, <b>alguna evidencia de problemas cognoscitivos o demencia (ECD)</b> ?	
	No/ninguno (NO) .....	0
	Mínimo (MIN) .....	1
	Moderado (MOD) .....	2
	Mayor (MAJ) .....	3

\*\*

<i>Para uso del personal SOLAMENTE</i>		
e.	¿Hubo alguna evidencia de los siguientes <b>comportamientos</b> observados en el participante (OPB)?	
		<u>Sí</u> <u>No</u>
	1. Deprimido o retraído (DEP).....	1   0
	2. Violento u hostil (VIO).....	1   0
	3. Ansioso o nervioso (ANX).....	1   0
	4. Aburrido o impaciente (BOR).....	1   0
	5. Intoxicado o drogado (INT).....	1   0
	6. En abstinencia (WIT).....	1   0
	7. Distráido (DIS).....	1   0
	8. Cooperador (COP).....	1   0
f.	¿La <b>aparición</b> del individuo sugirió... (APP)	
	ningún problema (NO).....	0
	higiene mala? (PH).....	1
	aparición descuidada? (UNK).....	2
	ropa inadecuada? (INA).....	3
	no aplica? (NA).....	4
g.	¿Cuál fue la ubicación del participante durante la evaluación? (LOC)	
	Unidad de tratamiento (Tx).....	1
	Unidad de admisión especializada (INT).....	2
	Lugar correccional (COR).....	3
	Escuela (SCH).....	4
	Lugar de empleo o trabajo (EMP).....	5
	Casa (HOM).....	6
	Oficina de probatoria (“probation”) o libertad condicional (“parole”) (PPO).....	7
	Oficina de bienestar o protección de menores (WCP).....	8
	Oficina o lugar de investigación (RES).....	11
	Otro (OTH) ( <b>Por favor describa</b> ).....	99
	v. _____	
g1-5	¿Hubo algún problema proporcionando un ambiente <b>privado</b> , tranquilo? (PRI)	
		<u>Sí</u> <u>No</u>
	1. Ruido u otras distracciones frecuentes (DIS).....	1   0
	2. Atención dividida o interrupciones frecuentes (DIV).....	1   0
	3. Otras personas presentes o lo suficientemente cerca para oír (EAR) ...	1   0
	4. Policía, guardas, trabajadores sociales u otros oficiales presentes (OFF).....	1   0
	5. Llamada monitorizada o teléfono con altavoz (MON).....	1   0

<i>Para uso del personal SOLAMENTE</i>																																							
**	<p>h. ¿Qué protocolo de administración se siguió?</p> <p>Entrevista COMPLETA (FUL) ..... 1</p> <p>Versión CENTRAL, después se administró la versión COMPLETA (SPLIT) ..... 2</p> <p>Comenzó con la versión COMPLETA y terminó administrando la versión CENTRAL (CONV) ..... 3</p> <p>Administración de versión central (incluyendo GPRA Central)(CORE)... 4</p> <p>Evaluación parcial/incompleta hasta la fecha (PAR)..... 5</p> <p>Otro (OTH) (<b>Por favor describa</b>)..... 99</p> <p>v. _____</p>																																						
hl.	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="text-align: center; border: none;"><u>Sí</u></td> <td style="text-align: center; border: none;"><u>No</u></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 10px;">¿Se hizo la entrevista en múltiples sesiones/días?(MUL).....</td> <td style="text-align: center; border: none;">1</td> <td style="text-align: center; border: none;">0</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right; border: none;">[SI "NO", PASE A XADMj]</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 20px;">a. ¿Cuál es la fecha <b>final</b> de revisión (mm/dd/aaaa)?</p> <table style="margin-left: 100px; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mes</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Día</td> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: small;">Año</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table> <p style="margin-left: 20px;">b. ¿Cuál es el número <b>total</b> de descansos a través de <b>todas</b> las sesiones? .....</p> <p style="margin-left: 40px;"><b>(Incluya "1" para descanso tomado en medio de sesiones múltiples)</b></p> <table style="margin-left: 100px; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="margin-left: 20px;">c. ¿Cuál es el número <b>total</b> de minutos que gastó haciendo la entrevista a través de <b>todas</b> las sesiones? .....</p> <table style="margin-left: 100px; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="margin-left: 20px;">d. ¿Cuál es la identificación de la persona [XSID] que <b>terminó</b> la entrevista? .....</p> <table style="margin-left: 100px; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		<u>Sí</u>	<u>No</u>	¿Se hizo la entrevista en múltiples sesiones/días?(MUL).....	1	0	[SI "NO", PASE A XADMj]													Mes	Día	Año																
	<u>Sí</u>	<u>No</u>																																					
¿Se hizo la entrevista en múltiples sesiones/días?(MUL).....	1	0																																					
[SI "NO", PASE A XADMj]																																							
Mes	Día	Año																																					
j.	<p>¿Tiene algún comentario adicional acerca de la administración de la evaluación o cosas que se deberían considerar para interpretar esta evaluación (AC)? <b>Asegúrese de documentar alguna información crítica colateral que cree debería ser considerada durante la interpretación (o remisión donde ésta es documentada).</b></p> <p>v1. _____</p> <p>v2. _____</p>																																						



Ahora queremos revisar una lista de problemas comunes relacionados con el uso de alcohol u otras drogas. Después de cada una de las siguientes preguntas, queremos que nos diga la <b>última</b> vez que el participante tuvo este problema usando la <b>Tarjeta B</b> y respondiendo en el último mes, hace 2-12 meses, 1 o más años o nunca.		Último mes	Hace 2-12 meses	1 + Años	Nunca
		3	2	1	0
**	CS9. ¿Cuándo fue la <b>última</b> vez que...				
	c. el participante trató de esconder que él/ella estaba usando alcohol u otras drogas?.....	3	2	1	0
SPS/O	d. los padres, familia, compañero(a), compañeros de trabajo, compañeros de estudio del participante se quejaron de su uso de alcohol u otras drogas?..	3	2	1	0
	e. el participante usó alcohol u otras drogas todas las semanas?.....	3	2	1	0
	f. el uso de alcohol u otras drogas por parte del participante causó que él/ella se sintiera deprimido, nervioso, desconfiado, desinteresado en todo, con menos deseo sexual u otros problemas psicológicos? .	3	2	1	0
	g. el uso de alcohol u otras drogas por parte del participante causó que él/ella tuviera entumecimientos, hormigueos, temblores, pérdida del conocimiento, hepatitis, tuberculosis (“TB”), enfermedades transmitidas sexualmente o algunos otros problemas de salud?.....	3	2	1	0
SPS/A	g. el participante siguió usando alcohol u otras drogas aunque sabía que no le estaban dejando a él/ella cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa?.....	3	2	1	0
	j. el participante usó alcohol u otras drogas donde la situación se hizo insegura o peligrosa para él/ella, tales como manejando un carro (MX: coche, auto, CUB: máquina) usando una máquina o donde él/ella lo pudieron haber forzado a tener relaciones sexuales o pudieron haberlo lastimado? .....	3	2	1	0
	k. el uso de alcohol u otras drogas por parte del participante causó que él/ella tenga problemas a cada rato con la ley?.....	3	2	1	0
	m. el participante siguió usando alcohol u otras drogas sabiendo que le estaban causando problemas sociales, llavándolo a peleas o metiéndolo en problemas con otras personas?.....	3	2	1	0
SPS/D	n. el participante necesitó más alcohol o drogas para sentirse igual de drogado (“high”) o se dio cuenta que la misma cantidad no lo hacía sentirse tan drogado como antes?.....	3	2	1	0
	p. el participante tuvo problemas de abstinencia por el alcohol o las drogas como las manos temblorosas, vómito, sentirse inquieto o sin poder dormir, o que él/ella usó alguna clase de alcohol u otras drogas para dejar de sentirse enfermo o para evitar los problemas de abstinencia?.....	3	2	1	0
	q. el participante usó alcohol u otras drogas en cantidades más grandes, muchas veces o por mas tiempo del que él/ella realmente quería? .....	3	2	1	0
	r. el participante no pudo usar menos alcohol u otras drogas o dejar de usarlos?.....	3	2	1	0
	s. el participante pasó mucho tiempo tratando de conseguir alcohol o drogas, usando alcohol o drogas o sintiendo los efectos del alcohol o las drogas (drogado/enfermo)? ...	3	2	1	0
	t. el uso de alcohol u otras drogas por parte del participante causó que él/ella dejara, disminuyera o tuviera problemas con actividades importantes en el trabajo, escuela, casa o eventos sociales? .....	3	2	1	0
	u. el participante siguió usando alcohol u otras drogas sabiendo que le causaban o le traían más problemas médicos, psicológicos o emocionales de los que él/ella ya tenía? .....	3	2	1	0
	v. ¿Cuántos años tenía el participante cuando él/ella se emborrachó o usó drogas por <b>primera vez</b> ?.....				

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| Edad

<i>Para uso del personal SOLAMENTE (Impresiones de diagnóstico suplementarias opcionales [XDIAG])</i>																																																							
**	<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;"> <span style="margin-right: 20px;"><u>Sí</u></span> <span><u>No</u></span> </div> XDIAG. ¿Quiere ingresar información de diagnóstico adicional?.....1      0 [SI "NO", PASE A XAS]																																																						
1. DSM Eje 1. Trastornos Clínicos/Condiciones objeto de atención clínica. <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 15%;">DSM-IV</th> <th style="width: 15%;">Código Especial</th> <th style="width: 15%;">Condición</th> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 40%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>v.</td><td>_____</td></tr> <tr><td>b.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>v.</td><td>_____</td></tr> <tr><td>c.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>v.</td><td>_____</td></tr> <tr><td>d.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>v.</td><td>_____</td></tr> <tr><td>e.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>v.</td><td>_____</td></tr> <tr><td>f.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>v.</td><td>_____</td></tr> <tr><td>g.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>v.</td><td>_____</td></tr> <tr><td>h.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>v.</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>			DSM-IV	Código Especial	Condición			a.	_____	_____	_____	v.	_____	b.	_____	_____	_____	v.	_____	c.	_____	_____	_____	v.	_____	d.	_____	_____	_____	v.	_____	e.	_____	_____	_____	v.	_____	f.	_____	_____	_____	v.	_____	g.	_____	_____	_____	v.	_____	h.	_____	_____	_____	v.	_____
	DSM-IV	Código Especial	Condición																																																				
a.	_____	_____	_____	v.	_____																																																		
b.	_____	_____	_____	v.	_____																																																		
c.	_____	_____	_____	v.	_____																																																		
d.	_____	_____	_____	v.	_____																																																		
e.	_____	_____	_____	v.	_____																																																		
f.	_____	_____	_____	v.	_____																																																		
g.	_____	_____	_____	v.	_____																																																		
h.	_____	_____	_____	v.	_____																																																		
2. Eje 2. Trastornos de Personalidad/Retardo Mental <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 15%;">DSM-IV</th> <th style="width: 15%;">Código Especial</th> <th style="width: 15%;">Condición</th> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 40%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>v.</td><td>_____</td></tr> <tr><td>b.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>v.</td><td>_____</td></tr> <tr><td>c.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>v.</td><td>_____</td></tr> <tr><td>d.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>v.</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>			DSM-IV	Código Especial	Condición			a.	_____	_____	_____	v.	_____	b.	_____	_____	_____	v.	_____	c.	_____	_____	_____	v.	_____	d.	_____	_____	_____	v.	_____																								
	DSM-IV	Código Especial	Condición																																																				
a.	_____	_____	_____	v.	_____																																																		
b.	_____	_____	_____	v.	_____																																																		
c.	_____	_____	_____	v.	_____																																																		
d.	_____	_____	_____	v.	_____																																																		
3. Eje 3. Condiciones Médicas Generales <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 15%;">DSM-IV</th> <th style="width: 15%;">Código Especial</th> <th style="width: 15%;">Condición</th> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 40%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>v.</td><td>_____</td></tr> <tr><td>b.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>v.</td><td>_____</td></tr> <tr><td>c.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>v.</td><td>_____</td></tr> <tr><td>d.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>v.</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>			DSM-IV	Código Especial	Condición			a.	_____	_____	_____	v.	_____	b.	_____	_____	_____	v.	_____	c.	_____	_____	_____	v.	_____	d.	_____	_____	_____	v.	_____																								
	DSM-IV	Código Especial	Condición																																																				
a.	_____	_____	_____	v.	_____																																																		
b.	_____	_____	_____	v.	_____																																																		
c.	_____	_____	_____	v.	_____																																																		
d.	_____	_____	_____	v.	_____																																																		
Eje 4. Problemas Ambientales y Psico-sociales ( <b>Circule todas las que apliquen</b> ) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">a. Grupo de apoyo primario: .....Sí-1 No-0</td> <td style="width: 50%;">f. Económicos: .....Sí-1 No-0</td> </tr> <tr> <td>b. Ambiente Social: .....Sí-1 No-0</td> <td>g. Acceso a tratamiento: .....Sí-1 No-0</td> </tr> <tr> <td>c. Educación: .....Sí-1 No-0</td> <td>h. Legal: .....Sí-1 No-0</td> </tr> <tr> <td>d. Ocupación: .....Sí-1 No-0</td> <td>j. Victimización/Abuso: .....Sí-1 No-0</td> </tr> <tr> <td>e. Vivienda: .....Sí-1 No-0</td> <td>z. Other:(v _____) ....Sí-1 No-0</td> </tr> </tbody> </table>		a. Grupo de apoyo primario: .....Sí-1 No-0	f. Económicos: .....Sí-1 No-0	b. Ambiente Social: .....Sí-1 No-0	g. Acceso a tratamiento: .....Sí-1 No-0	c. Educación: .....Sí-1 No-0	h. Legal: .....Sí-1 No-0	d. Ocupación: .....Sí-1 No-0	j. Victimización/Abuso: .....Sí-1 No-0	e. Vivienda: .....Sí-1 No-0	z. Other:(v _____) ....Sí-1 No-0																																												
a. Grupo de apoyo primario: .....Sí-1 No-0	f. Económicos: .....Sí-1 No-0																																																						
b. Ambiente Social: .....Sí-1 No-0	g. Acceso a tratamiento: .....Sí-1 No-0																																																						
c. Educación: .....Sí-1 No-0	h. Legal: .....Sí-1 No-0																																																						
d. Ocupación: .....Sí-1 No-0	j. Victimización/Abuso: .....Sí-1 No-0																																																						
e. Vivienda: .....Sí-1 No-0	z. Other:(v _____) ....Sí-1 No-0																																																						
5. Eje 5. Escalas de evaluación de la actividad global (Circule aquí si está usando CGAF en a/b ... Si-1 No-0) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">a. GAF promedio año pasado      _____</td> <td style="width: 50%;">b. GAF promedio últimos 90 días      _____</td> </tr> <tr> <td>c. GARF promedio año pasado      _____</td> <td>d. GARF promedio últimos 90 días      _____</td> </tr> <tr> <td>e. SOFAS promedio año pasado      _____</td> <td>f. SOFAS promedio últimos 90 días      _____</td> </tr> </tbody> </table>		a. GAF promedio año pasado      _____	b. GAF promedio últimos 90 días      _____	c. GARF promedio año pasado      _____	d. GARF promedio últimos 90 días      _____	e. SOFAS promedio año pasado      _____	f. SOFAS promedio últimos 90 días      _____																																																
a. GAF promedio año pasado      _____	b. GAF promedio últimos 90 días      _____																																																						
c. GARF promedio año pasado      _____	d. GARF promedio últimos 90 días      _____																																																						
e. SOFAS promedio año pasado      _____	f. SOFAS promedio últimos 90 días      _____																																																						
6. Fuentes de información adicional consideradas (serán reportadas como parte de los métodos): <p>v1. _____</p> <p>v2. _____</p> <p>v3. _____</p>																																																							



<i>Para uso del personal SOLAMENTE (Estudio especial opcional)</i>					
XSS1. ¿Quiere ingresar información adicional para estudio especial? .....1 <u>Sí</u> <u>No</u> 0 [SI "NO", FIN]					
XSSN. Número de estudio especial:			Nombre: v.		
aa.		ba.		ca.	
ab.		bb.		cb.	
ac.		bc.		cc.	
ad.		bd.		cd.	
ae.		be.		ce.	
af.		bf.		cf.	
ag.		bg.		cg.	
ah.		bh.		ch.	
aj.		bj.		cj.	
ak.		bk.		ck.	
am.		bm.		cm.	
an.		bn.		cn.	
ap.		bp.		cp.	
aq.		bq.		cq.	
ar.		br.		cr.	
as.		bs.		cs.	
at.		bt.		ct.	
au.		bu.		cu.	
av.		bv.		cv.	
aw.		bw.		cw.	
ax.		bx.		cx.	
ay.		by.		cy.	
az.		bz.		cz.	