

**VGNI-Cuestionario Breve (VGNI-CB)\***

Versión [GVER]: VCB 2.0.1

1. ¿Cuál es su nombre? a. \_\_\_\_\_ b. \_\_\_\_\_ c. \_\_\_\_\_  
 (Nombre) (S.N.) (Apellido)

2. ¿Cuál es la fecha de hoy? (MM/DD/AAAA): ..... \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Las siguientes preguntas son acerca de problemas psicológicos, de comportamiento o personales comunes. Estos problemas se consideran <u>significativos</u> cuando los ha tenido por dos o más semanas, cuando ocurren de nuevo, cuando le impiden cumplir con sus responsabilidades o le hacen sentir como que no puede continuar. Por favor responda Sí o No a las siguientes preguntas. Después de cada una de las siguientes afirmaciones, por favor nos dice la última vez que tuvo ese problema, si alguna, respondiendo (haciendo un círculo) en el último mes (3), hace 2-12 meses (2), hace más de un año (1), o nunca (0)	Último mes	Hace 2 -12 Meses	1+ Años	Nunca
	3	2	1	0

IDScR	1. <u>¿Cuándo fue la última vez que tuvo problemas significativos como...</u>				
	a. sentirse muy atrapado, sin salida, solo, triste, deprimido o sin esperanza acerca del futuro? .....	3	2	1	0
	b. problemas para dormir, tales como pesadillas, inquieto al dormir o quedándose dormido durante el día? .....	3	2	1	0
	c. sentirse muy ansioso, nervioso, tenso, asustado, con pánico o como que alguna cosa mala iba a pasar? .....	3	2	1	0
	d. cuando algo le recuerda el pasado se angustia mucho y se enoja? .....	3	2	1	0
EDScR	e. pensó en acabar con su vida o suicidarse? .....	3	2	1	0
	2. <u>¿Cuándo fue la última vez que hizo las siguientes cosas dos o más veces?</u>				
	a. Mintió o estafó para conseguir lo que quería o para evitar hacer algo? .....	3	2	1	0
	b. Se le hizo difícil prestar atención en la escuela, trabajo o casa? .....	3	2	1	0
	c. Se le hizo difícil escuchar las instrucciones en la escuela, trabajo o casa? .....	3	2	1	0
SDScR	d. Intimidó o amenazó o buscó pleitos con otras personas? .....	3	2	1	0
	e. Comenzó peleas con otras personas? .....	3	2	1	0
	3. <u>¿Cuándo fue la última vez que ...</u>				
	a. usó alcohol o drogas semanalmente? .....	3	2	1	0
	b. pasó mucho tiempo consiguiendo alcohol o drogas, usando alcohol o drogas o sintiendo los efectos del alcohol o las drogas (drogado, enfermo)? .....	3	2	1	0
c. Siguió usando alcohol o drogas sabiendo que le estaban causando problemas sociales, llevándolo a peleas o metiéndolo en problemas con otras personas? .....	3	2	1	0	
d. el uso de alcohol o drogas le causó que dejara, disminuyera o tuviera problemas con actividades importantes en el trabajo, escuela, casa o eventos sociales? .....	3	2	1	0	
e. Tuvo problemas de abstinencia por el alcohol o las drogas como las manos temblorosas, vómito, no poder quedarse quieto o dormir o que usó algún tipo de alcohol o drogas para dejar de sentirse enfermo para evitar los problemas de abstinencia? .....	3	2	1	0	

(Continuación)	Último mes	Hace 2- 12 Meses	1+ Años	Nunca
	3	2	1	0

Después de cada una de las siguientes afirmaciones, por favor nos dice la última vez que tuvo ese problema, si alguna vez, respondiendo (haciendo un círculo) en el último mes (3), hace 2-12 meses (2), hace más de un año (1), o nunca (0)

- CVScr 4. ¿Cuándo fue la última vez que...
- a. tuvo un desacuerdo en el cual empujó, agarró o le dio un empujón a alguien? .....3    2    1    0
  - b. se llevó algo de una tienda sin pagarlo? .....3    2    1    0
  - c. vendió, distribuyó o ayudó a producir drogas ilegales? .....3    2    1    0
  - d. manejó un carro (MX: coche, auto, CUB: máquina) cuando estaba bajo los efectos del alcohol o drogas ilegales? ..... 3    2    1    0
  - e. daño o destruyó intencionalmente propiedad que no le pertenecía? .....3    2    1    0
5. ¿Tiene otros problemas psicológicos, de comportamiento o personales significativos para los cuales quiere tratamiento o necesita ayuda?  
(si es así, por favor descríbalos abajo) ..... 1- Sí 0-No
- v1. \_\_\_\_\_
- v2. \_\_\_\_\_
- v3. \_\_\_\_\_
6. ¿Cuál es su género o sexo? (si es otro, por favor describa abajo)....1- Hombre 2- Mujer 99-Otro
- v1. \_\_\_\_\_
7. ¿Cuántos años tiene hoy? .....|\_|\_| Edad

<b>Para uso del personal solamente</b>	
8. Sitio: _____	Personal ID: _____ Cliente ID: _____
9. Modo: 1-Administrado por el personal 2-Administrado por otro 3-Auto-administrado	
10. Número de 2&3s: IDSscr: ___ EDSscr: ___ SDSscr: ___ CVScr: ___ TDSscr: ___	
11. Referir a: MH ___ SA ___ ANG ___ Otro ___	
12. Código para referir: _____	
13. Comentarios para referir:	
v1. _____	
v2. _____	
v3. _____	

*Este instrumento y los derechos de autor son propiedad de Chestnut Health Systems 2005. Alguien con una licencia GAIN o que haya solicitado una licencia podrá usar estas medidas. Para obtener más información sobre el instrumento o licencias, por favor visite [www.chestnut.org/li/gain](http://www.chestnut.org/li/gain) o e-mail [gainsupport@chestnut.org](mailto:gainsupport@chestnut.org) o llame a Joan Unsicker al teléfono 309-827-6026, ext. 8-3413.*