



Fecha: \_\_\_\_\_

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

## Nuevo evaluador de admisión de pacientes Symptom Screener

**En los últimos 6 MESES, con qué frecuencia ha experimentado los siguientes problemas?**

Nunca	Varios días	La mayoría de los días	Cada día	
				Sentirse deprimido, deprimido o desesperanzado
				Poco interés o placer en hacer las cosas
				Sentirse nervioso, ansioso o al límite
				Not being able to stop or control worrying No poder detener o controlar la preocupación

Si	No	
		Has tenido una ocurrencia cuando de repente te sentiste asustada, ansiosa o muy incómoda?
		Ha tenido una ocurrencia cuando por ninguna razón su corazón de repente comenzó a correr, se sintió débil, o no pudiste recuperar el aliento?
		Alguna de estas ocurrencias ocurrió en una situación en la que usted no estaba en peligro o el centro de atención?

Nunca	Un poco	Algunas veces	Mucho Veces	Extremadamente	
					El miedo a la vergüenza me hace evitar hacer cosas o hablar con los demás
					Evito actividades en las que soy el centro de atención
					Estar avergonzado o parecer estúpido están entre mis peores temores

Si	No	<b>Ha experimentado alguna de las siguientes acciones en cualquier momento de su vida:</b>
		Desastre Natural, Incendio, explosión, accidente industrial, accidente de transporte, agresión física o sexual, cautiverio o exposición a una zona de guerra, enfermedad o lesión potencialmente mortal, muerte o lesión repentina inesperada a alguien cercano a usted, o lesiones graves, daño o muerte a otra persona que usted presencié o causó?
		Este evento ha causado problemas o síntomas significativos que duraron más de un mes?

Si	No	<b>Ha habido alguna vez un período de tiempo en el que USTED NO era su yo habitual y sintió lo siguiente:</b>
		Se sentía tan bien / hiper que otras personas pensaban que usted no era su yo normal o hiper que te consideraban en problemas?



Si	No	
		Estaba tan irritable que le gritabas a la gente o comenzaste peleas o discusiones?
		Te sentías mucho más seguro de lo normal?
		Has dormido mucho menos de lo normal pero descubriste que no te lo perdiste?
		Te sentiste mucho más hablador o hablaste más rápido de lo normal?
		Pensamientos corriendo por tu cabeza que no podías bajar la velocidad?
		Te sentiste tan fácilmente distraído por las cosas que tenías problemas para concentrarte
		Tenías mucha más energía de lo normal?
		Eras mucho más activo o hiciste más cosas de lo normal?
		Eras mucho más social o extrovertido de lo normal?
		Estabas mucho más interesado en el sexo de lo normal?
		Hiciste cosas que eran inusuales para ti que otras personas podrían haber pensado que eran excesivas, to arriesgadas?
		Gastó dinero que te metió a ti o a tu familia en problemas?

**Las siguientes preguntas se relacionan con sus hábitos alimenticios:**

Si	No	
		Cuando comes, te enfermas porque te sientes incómodamente lleno?
		Alguna vez te preocupa que hayas perdido el control sobre cuánto comes?
		Has perdido recientemente más de 14 libras en un período de 3 meses?
		Te crees gordo cuando otros dicen que eres demasiado delgada?
		Dirías que la comida domina tu vida?

Si	No	
		Alguna vez se ha molestado por tener que realizar algún ritual o actuar una y otra vez que no tienen sentido?

**Las siguientes preguntas están relacionadas con su consumo de alcohol y sustancias:**

Nunca	Mensual o menos	2-4x a mes	2 – 3x a Semana	4 or more x a seman	
					Con qué frecuencia bebe alcohol?

1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 9	10 o mas	
					Cuántas copas tienes?

Nunca	Menos de mensual	Mensual	Semanal	Diario	
					Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas en 1 ocasión

Si	No	En el último año ...



Ha utilizado una droga ilegal o ha usado medicamentos recetados por razones médicas NO?

**Con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes en los últimos 6 meses:**

Nunca	Raramente	Algunas veces	frecuentemente	Muy a menudo	
					Tiene problemas para terminar los detalles finales de proyecto?
					Tiene dificultad para poner las cosas en orden cuando requiere organización?
					Problemas para recordar citas u obligaciones?
					Cuando tienes una tarea que requiere mucho pensamiento, con qué frecuencia evitas o retrasas la introducción?
					Se inquieta o se retuerce con las manos / pies cuando que sentarse durante un largo período de tiempo?
					Con qué frecuencia te sientes demasiado activo y ob a hacer cosas?

**Por favor, responda lo siguiente en función de cómo se siente su yo "habitual" (sin síntomas):**

Si	No	
		¿Encuentras que la mayoría de la gente se aprovechará de ti si les haces saber demasiado sobre ti?
		Por lo general te sientes nervioso o ansioso por las personas?
		Evitas situaciones en las que tienes que conocer gente nueva?
		Evitas conocer gente porque te preocupa que no les gustes?
		La evitación de conocer a la gente por miedo a que no le gusten ha afectado al número de amigos que tienes?
		Cambias la forma en que te presentas a los demás porque no sabes quién eres realmente?
		A menudo sientes que tus creencias cambian tanto que ya no sabes lo que crees?
		A menudo te enojas o te irritas porque la gente no reconoce tus talentos/logros especiales tanto como deberían?
Si	No	<b>En general, en cualquier momento ...</b>
		Ha tenido alguna experiencia inusual, como escuchar voces, ver visiones o tener ideas que más tarde se enteró de que no eran verdad?
		Ha tenido alguna experiencia inusual, como la lectura de la mente, los pensamientos que están siendo controlados por otros, ver cosas en la televisión que se refieren a usted específicamente?

**Cuestionario de salud del paciente**

**Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sido molestado por cualquiera de los siguientes:**

Nunca	Varios días	La mayoría de los días	Cada día	
				Poco o ningún interés o placer en realizar tareas cotidianas
				Sentirse deprimido, deprimido o desesperanzado



				Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido, dormir en exceso
				Sentirse cansado o tener poca energía
				Falta de apetito o comer en exceso
				Sentirse mal contigo mismo, decepcionar a los demás, no ser auto/familia
				Problemas para concentrarse como leer o ver televisión
				Moverse / hablar lentamente o sentirse inquieto/ inquieto y otros se han dado cuenta
				Piensa que estarías mejor muerto o lastimado de alguna manera

## Generalized Anxiety Questionnaire

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following:

Nunca	Varios días	La mayoría de los días	Cada día	
				Sentirse nervioso, ansioso o al límite
				No poder detener o controlar la preocupación
				Preocuparse demasiado por las cosas diferentes
				Problemas para relajarse
				Estar tan inquieto que es difícil permanecer quieto
				Convertirse en fácilmente molesto o irritable
				Feeling afraid as if something awful might happen Sentir miedo como si algo horrible pudiera suceder

## Escala de autoejecido para adultos

Con qué frecuencia en los últimos 6 meses ha experimentado alguno de los siguientes:

Nunca	Raro	Algunos	frecuentemente	Muy frecuentemente	How often do you.... Con qué frecuencia lo haces....
					Tener problemas para terminar los detalles finales de un proyecto una vez que las piezas desafiantes están completas?
					Tiene dificultad para poner las cosas en orden cuando usted tiene un tarea que requiere organización?
					Tiene problemas para recordar citas o Obligaciones?
					Delay or avoid getting started on a task that requires a lot of thought? Retrasar o evitar comenzar a realizar una tarea que requiere un montón de pensamiento?
					Fidget or squirm w/ hands/feet when sitting for long periods of time? Fidget o retorcer w / manos / pies cuando sentado durante mucho tiempo períodos de tiempo?



					Siéntase obligado a hacer cosas, como si fuera impulsado por un motor / usted TIENEN que hacerlo
					¿Comete errores descuidados cuando trabaja en un proyecto aburrido o difícil?
					Dificultad para mantener la atención al hacer trabajo aburrido o repetitivo?
					¿Dificultad para concentrarse cuando la gente te habla?
					¿Perder la vista o tener dificultades para encontrar cosas?
					Te distrae fácilmente con la actividad o el ruido a tu alrededor?
					Deje su asiento / movimiento cuando se espera que permanezca sentado / permanecer quieto?
					Te sientes inquieto o inquieto?
					Tenga dificultad para relajarse / relajarse cuando tenga el tiempo?
					Te encuentras hablando demasiado cuando estás en situaciones sociales?
					Te encuentras terminando otras frases mientras todavía están hablando?
					Tenga dificultad para esperar su turno cuando se requiere tomar turnos?
					Interrumpir a otros cuando están ocupados?

## Estresores

**Cuánto estrés te está causando cada categoría actualmente?**

Ninguno	Leve	Moderado	Muy fuerte	
				Familia
				Amigos
				Relaciones (no – románticas / casuales)
				Educativo
				Económico/Financiero
				Ocupacional (trabajo)
				Vivienda
				Legal
				Salud (Médica/Mental)



### Revisión física de los sistemas

Está experimentando algún síntoma físico en alguna de las siguientes categorías? Si es así, especifique brevemente

<b>Ninguno (Compruebe si no hay problemas)</b>	
Ojo/Visión	
Orejas/Nariz/Boca/Garganta	
Cardiovascular (corazón)	
Respiratorio (pulmones)	
Musculoesquelético (músculos/huesos)	
Gastrointestinal (estómago)	
Endocrino (hormonas/tiroidea)	
Linfático/Hematológico (sangre)	
Urinaria/Reproductiva	
Neurológico (cabeza – no psique)	
Integumentario (Piel/Pelo)	

Estas experimentando cualquiera de los siguientes síntomas psiquiátricos:

Si	No		Si	No	
		Sentirse deprimido			Estrés
		Dificultad para concentrarse			Pensamientos perturbadores
		Fobias/miedos inexplicables			Episodios maníacos
		Ya no hay placer de la vida			Confusión
		Ansiedad			Pérdida de memoria
		Insomnio			Pesadillas
		Mal humor excesivo			Otro

### Historial de abuso de sustancias

Tiene antecedentes de uso/abuso de drogas recreativas?

Si	No

NO compruebe a continuación si ha tomado estos

Si	No	Sustancia	¿Cómo se usó? Oral/ comestible - Nasal - Inhalado/ahumado - Inyectado	Edad(es) De Uso
		Anfetaminas/Velocidad		
		Barbitúricos/ Downers		
		Opiáceos		
		Cocaína		
		Psicodélicos		
		Inhalantes		



		Cannabis / Marihuana		
		Benzodiazepinas		
		Pcp		

**Ha recibido algun tratamiento para el abuso de sustancias ?**

Si	No	Tipo de tratamiento	Duración del tratamiento	Edad del tratamiento
		Hospitalización		
		Ambulatorio Intensivo		
		paciente externo		
		Programa de 12 pasos		
		Otro		

**Ha experimentado alguna de estas consecuencias comom resultado del consume de alcohol o el abuso de sustancias?**

Si	No		Si	No	
		Sentí que necesitaba reducir el consumo de alcohol / beber			Usar/consumir más de lo previsto
		Ha estado molesto por otros criticando su bebida			Sobredosis involuntaria
		Se sentía culpable por beber			Dui
		Necesidad de un trago a primera hora de la mañana			Arrestos
		Aumento de la tolerancia (alcohol u otra sustancia)			Peleas físicas o agresiones
		Efectos de abstinencia (temblores, sudoración, náuseas,			Conflictos de relación
		Convulsiones			Problemas con el dinero
		Apagones			Pérdida de empleo o problemas en el trabajo/escuela
		Efectos sobre la salud física			Otros, por favor especifique:

**Historia del tratamiento psiquiatrico**

**Tienes antecedentes de tratamiento psiquiátrico hospitalario?**  
 (Hospitalizado por más de unas horas/pasó la noche en un hospital/centro)

Si	No

**Primera hospitalización**

**Nombre del hospital/instalación**

\_\_\_\_\_

**Motivo de hospitalización:** Depresión \_\_\_\_ Pensamientos Suicidas \_\_\_\_ Intento Suicida  
 \_\_\_\_ Episodio maníaco \_\_\_\_ Episodio psicótico \_\_\_\_ Ansiedad grave \_\_\_\_ Drogas/Alcohol relacionados  
 \_\_\_\_ Asalto \_\_\_\_ Violencia \_\_\_\_ Otro:

**Edad de hospitalización:** \_\_\_\_ **Fue voluntaria?** \_\_\_\_

**Resultado de la estancia:** \_\_\_\_ Problema resuelto o casi resuelto \_\_\_\_ Mejora significativa



\_\_\_ Respuesta parcial \_\_\_ Mejora menor/Sin efecto \_\_\_ Sensación de peor o resultado negativo

**Segunda hospitalización: ( Deje en blanco si solo tuvo 1 evento)**

**Nombre del hospital/instalacion:** \_\_\_\_\_

**Motivo de hospitalizacion:** Depresión \_\_\_ Pensamientos Suicidas \_\_\_ Intento Suicida \_\_\_  
 \_\_\_ Episodio maníaco \_\_\_ Episodio psicótico \_\_\_ Ansiedad grave \_\_\_ Drogas/Alcohol relacionados \_\_\_  
 \_\_\_ Asalto \_\_\_ Violencia \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Edada de hospitolizacion:** \_\_\_\_\_ **Fue Voluntaria?** \_\_\_\_\_

**Resultado de hospitalizacion:** \_\_\_ Problema resuelto o casi resuelto \_\_\_ Mejora significativa \_\_\_  
 \_\_\_ Respuesta parcial \_\_\_ Mejora menor/Sin efecto \_\_\_ Sensación de peor o resultado negativo

**Tiene historia de tratamiento psiuiatrico ambulatorio?**

(Visto un proveedor se stintomas de salud mental y medicamentos psiuiatricos prescritos) Si No , vaya a la siguiente seccion

Si	No

**1.Nombre de proveedor/Officina/Clinica:** \_\_\_\_\_

**Edad al inicio del tratamiento:** \_\_\_\_\_

**Razon para buscar tratamiento:** \_\_\_ Depresión \_\_\_ Panic \_\_\_ Anxiety \_\_\_ Ansiedad social \_\_\_  
 \_\_\_ Obsesivo Compulsivo \_\_\_ PTSD \_\_\_ Bipolar \_\_\_ Trastorno de la alimentación \_\_\_  
 \_\_\_ Alcoholismo \_\_\_ Abuso de Drogas \_\_\_ TDAH \_\_\_ Trastorno de la Personalidad \_\_\_  
 \_\_\_ Esquizofrenia/Psicosis \_\_\_ Espectro autista \_\_\_ Comportamiento disruptivo \_\_\_  
 Otros: \_\_\_\_\_

**Respuesta al tratamiento:** \_\_\_ Problema resuelto/casi resuelto \_\_\_ Mejora significativa \_\_\_  
 \_\_\_ Respuesta parcial \_\_\_ Mejora menor/Sin efecto \_\_\_ Sensación de peor o resultado negativo

**(Continua la informacion sobre el tratamiento psiuiatrico)**

**2. Nombre de proveedoe/Officina/Clinica :** \_\_\_\_\_

**Edad al inicio del tratamiento:** \_\_\_\_\_

**Razon para buscar tratamiento:** \_\_\_ Depresión \_\_\_ Panic \_\_\_ Anxiety \_\_\_ Ansiedad social \_\_\_  
 \_\_\_ Obsesivo Compulsivo \_\_\_ PTSD \_\_\_ Bipolar \_\_\_ Trastorno de la alimentación \_\_\_  
 \_\_\_ Alcoholismo \_\_\_ Abuso de Drogas \_\_\_ TDAH \_\_\_ Trastorno de la Personalidad \_\_\_  
 \_\_\_ Esquizofrenia/Psicosis \_\_\_ Espectro autista \_\_\_ Comportamiento disruptivo \_\_\_  
 Otros: \_\_\_\_\_

**Respuesta al tratamiento:** \_\_\_ Problema resuelto/casi resuelto \_\_\_ Mejora significativa \_\_\_  
 \_\_\_ Respuesta parcial \_\_\_ Mejora menor/Sin efecto \_\_\_ Sensación de peor o resultado negativo



**Historia del suicide/ dano propio**

Alguna vez has intentado hacerte daño o suicidarte?  Sí  No (Si no, Saltar a la siguiente sección)

En caso afirmativo, ¿tu intención era morir? -----  Sí  No

¿Cuántas veces en tu vida ha ocurrido esto? \_\_\_\_\_

**Episodio 1** Mes/Año \_\_\_\_\_

Método:  Sobredosis  corte  Disparo  Drowning  
 Colgado  Saltar desde la altura  Vehículo  Monóxido de carbono  
 Asfixia

Consecuencias:  No hay tratamiento médico  Visita médica ambulatoria  Sala de emergencias  
 Ingreso hospitalario (hospitalario)  Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

**Episodio 2** Mes/Año \_\_\_\_\_

Método:  Sobredosis  corte  Disparo  Drowning  
 Colgado  Saltar desde la altura  Vehículo  Monóxido de carbono  
 Asfixia

Consecuencias:  No hay tratamiento médico  Visita médica ambulatoria  Sala de emergencias  
 Ingreso hospitalario (hospitalario)  Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

**Historia de la violencia**

Has tenido antecedentes de comportamiento  
**En caso afirmativo**

Sí	No

**Historia de medico pasado**

**Quien es su medico de atencion primaria/familia**

\_\_\_\_\_

**Estas tomando actualmente algun medicamento no- psiquiatrico? En caso que si liste los nombres de medicamento :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tiene Historia de alguno de los siguientes problemas de salud? Marque todo lo que corresponda**

<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Piedras de riñón
<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática
<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	Lupus



Asma	Pérdida auditiva	Migraña
Problemas de espalda/ columna vertebral	enfermedad cardíaca	Esclerosis Múltiple
Cáncer	Defecto cardíaco	Obesidad/Sobrepeso
Cataratas	Problemas con la válvula cardíaca	Enfermedad de Parkinson
Varicela	Hemorroides	Pólipos
Bronquitis crónica	Hepatitis	Convulsiones
EPOC/Emfisema	Hernia	Infecciones de Transmisión Sexual/ETS
Diabetes	Vih	Apnea del sueño
Diverticulitis	Presión arterial alta	Trazo/ TIA
Desmayos/desmayos	Presión arterial baja	Baja testosterona
Fibromialgia	IBS/ Enfermedad inflamatoria intestinal	Problemas de tiroides
Enfermedad de la vesícula biliar	Deficiencia de hierro	Tuberculosis/exposición a la tuberculosis
Gastritis/Ulcer	Enfermedad renal	Otros: _____

**Has tenido alguna cirugía en alguna de las siguientes áreas? Marque todo lo que corresponda**

Espalda/Cuello	Histerectomía (extirpación de ovarios)	Próstata
Cerebro	Intestino	Cambio de sexo
Cardíaca	Riñón	Hombro/Codo/Muñeca/Mano
Oreja/Nariz/Garganta	Hígado	Estómago
Gall Bladder	Pulmón	Amígdalas
Hernia	Páncreas	Vagina
Cadera/Rodilla/Tobillo/Pie	Pelvis	Pérdida de peso
Histerectomía (ovarios retenidos)	Pene	Otro: _____

**Alguna vez has tomado alguno de los siguientes medicamentos psiquiátricos? Si No**

Abilify(aripiprazole)	Invega (paliperidone)	Revia (naltrexone)
Adderall	Keppra (Levetiracetam)	Risperdal (risperidone)
Ambien (zolpidem)	Klonopin (Clonazepam)	Ritalin (methylphenidate)
Anafranil/clomipramine	Lamictal (Lamotrigine)	Rozerem (ramelteon)
Antabuse (disulfiram)	Latuda	Seroquel (quetiapine)
Ativan (lorazepam)	Lexapro (escitalopram)	Serzone (nefazidone)
Buspar (Buspirone)	Librium	Sinequan (doxepin)
Campral (acamprosate)	Lithobid	Sonata (zaleplon)
Catapres (clonidine)	Lithium	Stelazine (trifluoperazine)
Celexa (citalopram)	Lunesta (Eszopiclone)	Strattera (atomoxetine)
Clozaril (Clozapine)	Luvox (fluvoxamine)	Suboxone (buprenorphine)
Concerta	Lyrica (pregabalin)	Subutex (buprenorphine)



Contrave	Melatonin	Tegretol (carbamazepine)
Cymbalta (duloxetine)	Mellaril (thioridazine)	Tenex (guanfacine)
Cytomel	Methadone	Thorazine (chlorpromazine)
Depakote (Divalproex)	Navane (thiothixene hcl)	Topamax (topiramate)
Dexedrine	Neurontin (gabapentin)	Trazodone (Desyrel)
Doxepin (sinequan)	Orap (pimozide)	Trileptal (oxcarbazepine)
Effexor (Venlafaxine)	Pamelor (nortriptyline)	Valium (diazepam)
Elavil (amitriptyline)	Paxil (paroxetine)	Viibryd (vilazodone)
Fanapt (iloperidone)	Phentermine	Vistaril (hydroxyzine)
Fiornal	Pristiq (desvenlafaxine)	Vyvanse
Focalin	Propranolol	Wellbutrin (bupropion)
Gabitril	Provigil (modafinil)	Xanax (alprazolam)
Geodon (ziprasidone)	Prozac (fluoxetine)	Zoloft (sertraline)
Haldol (haloperidol)	Remeron (mirtazapine)	Zyprexa (olanzapine)
Intuniv	Restoril (temazepam)	

Si alguna vez ha tenido algún efecto secundario en cualquier medicamento psiquiátrico, especifique qué medicamento y los efectos secundarios que experimentó o la razón por la que dejó de tomar cualquier medicamento psiquiátrico por cualquier otra razón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Es alérgico a algún medicamento u otras sustancias? Si No

Sí, especifique qué es y qué reacción tuvo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Historia de familia

Tienes algún familiar con antecedentes de problemas de salud mental? En caso afirmativo, por favor detalle qué problemas tenían (por ejemplo: Mamá – depresión)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tiene algún miembro de la familia con antecedentes de algún problema médico? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Desarrollo & Historia Educativa

**Cuando tu madre estaba embarazada de ti, ¿tenía alguno de los siguientes problemas** No hay problemas

Exposición a drogas/alcohol durante el embarazo  Un embarazo difícil  
 Problemas con la entrega  Otros: \_\_\_\_\_

**Tuviste alguna complicación después de tu Nacimiento :** Prematuro  Ictericia  dificultades respiratorias  
 Ninguno

**Ha tenido aalgún retraso/ dificultad para alcanzar los siguientes hitos?**

Caminar  Hablando  Entrenamiento de Aseo  Dormir Solo  
 Estar lejos de los padres  Hacer amigos Otro: \_\_\_\_\_

**Como describiria mejor su ambiente hogareno de la infancia**

Normal  Apoyo  Lucha parental  Violencia parental  
 Dificultades financieras  Movimiento frecuente  Otro: \_\_\_\_\_

**Tuviste alguno de los siguientes desafíos durante tu infancia ?**  Ninguno

Berrinches  Humectación de la cama  Correr fuera de casa  Luchando  
 Robo  Daño a la propiedad  Ajuste de fuego  Crueldad animal  
 Ansiedad por separación  Víctima de acoso  Comprometido en el acoso  Depresión  
 Muerte de un padre  Divorcio parental

**Tuviste alguno de los siguientes problemas en la escuela?**  Ninguno

Lucha  Fobia escolar  Truquío  Detenciones  
 Suspensiones  Expulsiones  Rechazo escolar  Fallos de clase  
 Repetición de grados  Educación especial  Clases correctivas

**Tuviste alguna educacion fuera del ambiente estandar del aula?**

Clases de habla  Tutoría  Adaptaciones Otros: \_\_\_\_\_

**Cual es su nivel mas alto de educacion:**

Menos que la Escuela Secundaria  Escuela Secundaria/GED  Algunos Colegios  
 2 años de grado  4 años de grado  Graduado/grado profesional

## Historia Social General

**Como Describiria mejor su situacion social ?**

Red social de apoyo  Pocos amigos  Amigos de la base de uso de sustancias  
 No hay amigos  Distante de la familia de origen  Conflicto familiar  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Cual es estado civil actual?**

soltero, nunca casado  Casado / asociación permanente  Divorciado  Separado/divorcio en el proceso  Viuda



**Cual es el estado de su relacion intima?**

Nunca he estado en una relación seria  
 No está en una relación seria  
 Actualmente en una relación seria

**Cual es el nivel de satisfaccion de su relacion intima?**

No Aplicable  Muy Satisfecho  Satisfecho  
 Algo Satisfecho  Insatisfecho

**Cual es tu orentacion sexual?**

Heterosexual  Homosexual  Bisexual

**Cual es su situacion actual de vive ?**

Alquiler  Propio  Hogar del grupo  Cuidado de crianza  Sin hogar

**Con quien vives?**

Vivir solo  Compañeros de cuarto  Pareja/cónyuge  
 Padre(s)  Hermanos  Hijos  Otros: \_\_\_\_\_

**Participa actualmente en actividades espirituales?**

Si  No

**Cual es su estado de ocupacion ?**

Empleado a tiempo completo  Empleado a tiempo parcial  Temp/seasonal  Jubilado  
 Estudiante de tiempo completo  Estudiante de tiempo parcial  Ama de casa  Discapacidad  
 Desempleado (buscando trabajo)  Desempleado (No buscando trabajo)

**Cual es su ingreso anual actual ?**

Menos de 11k  11k – 25k  26k – 75k  76k – 100k  Más de 100k

**Cuál es su período más largo de empleo continuo?** \_\_\_\_\_

**Cuál es su período de desempleo más largo?** \_\_\_\_\_

