ALERT®

Evaluación de Bienestar - Adultos

Al completar este breve cuestionario nos ayudará a brindar servicios que se adapten a sus necesidades. Responda cada pregunta lo mejor posible y revise las respuestas con su terapeuta. Favor de llenar los círculos así: ●

Apellido de Cliente | Primer Nombre | Fecha de Nacimiento

No. de Identificación | No. de Autorización

Nombre del Terapeuta: (Apellido, Nombre) | Fecha Actual

Identificación del Terapeuta | Teléfono del Terapeuta | Estado | *MRef* ○

Visita No. : ○ 1 o 2 ○ 3 a 5 ○ Otro

Para las preguntas 1-16, tenga en cuenta las experiencias que ha tenido durante la semana pasada

¿Cuanto le molestaron los siguientes problemas?	*Nada en Absoluto*	*Un Poco*	*Algo*	*Mucho*
1. Nerviosismo o temblores	○	○	○	○
2. Sentimiento de tristeza o melancolía	○	○	○	○
3. Sentimiento de desesperanza hacia el futuro	○	○	○	○
4. Sentir que todo es un esfuerzo	○	○	○	○
5. Falta de interés en las cosas	○	○	○	○
6. Latidos del corazón fuertes o acelerados	○	○	○	○
7. Problemas para dormir	○	○	○	○
8. Sentimiento de temor o miedo	○	○	○	○
9. Dificultades en el hogar	○	○	○	○
10. Dificultades en el aspecto social	○	○	○	○
11. Dificultades en el trabajo o la escuela	○	○	○	○

¿En qué medida está de acuerdo con lo siguiente?	*En Acuerdo Total*	*Estoy de Acuerdo*	*No Estoy de Acuerdo*	*En Total Desacuerdo*
12. Me siento bien conmigo mismo	○	○	○	○
13. Puedo manejar mis problemas	○	○	○	○
14. Puedo lograr lo que me propongo	○	○	○	○
15. Puedo contar con la ayuda de amigos y de la familia	○	○	○	○

16. Durante la semana pasada, ¿cuántos tragos de bebidas alcohólicas consumió? ☐☐ Tragos

Responda las siguientes preguntas únicamente si ésta es la primera vez que completa este cuestionario.

17. En general, usted consideraría que su salud es: Excelente ○ Muy Buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala ○

18. Indique si padece de un problema médico grave o crónico:
○ Asma ○ Diabetes ○ Cardiopatia ○ Dolor de Espalda u otro Dolor Cronico ○ Otro problema medico

19. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces visitó a un médico? ○ Ninguna ○ 1 ○ 2-3 ○ 4-5 ○ 6+

20. Durante el mes pasado, ¿cuántos días no pudo usted trabajar a causa de su salud física o mental? *(responda únicamente si está empleado)* ☐☐ Días

21. Durante el mes pasado, ¿cuántos días trabajó pero su rendimiento se vio reducido debido a su salud física o mental? *(responda únicamente si está empleado)* ☐☐ Días

22. Durante el mes pasado, ¿sintió que debería reducir su consumo de alcohol o de drogas? ○ Sí ○ No

23. Durante el mes pasado, ¿le molestó alguna vez que la gente lo criticara por su consumo de alcohol o de drogas? ○ Sí ○ No

24. Durante el mes pasado, ¿se sintió mal o culpable acerca de su consumo de alcohol o de drogas? ○ Sí ○ No

37156

Clinician: Please fax to (800) 985-6894

Rev. 2007