|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Agencia** | **Programa** | **Fecha para Completarse** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Para cada casilla, ponga una🗙en el círculo que se aplica a usted.** | | |
| Sexo  * Masculino * Femenino | **Edad**   * 20 y menor * entre 21-24 * entre 25-34 * entre 35-54 * entre 55-64 * 65 y mayor | **Razó́n primaria por recibir servicios es**   * Emocioń / salud mental * Alcohol / Drogas * Ambas-Emocioń / salud mental, alcohol or drogas |
| Cual es tu raza?  * Blanco * Negro / Afro-Americano * Indio Americano o Nativo de Alaska * Nativo de Hawaii / de otra isla del Pacifico * Asiatico * Otra raza * Mixto | **Es usted?**   * Puertorriqueño * Mejicano * Otro grupo latino * No latino | **Duración de Servicios**   * Menos de un Año * 12 meses a 2 Años * 2 Años a 5 Años * Más de 5 Años |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Muy mal | Poco | Lo normal | Bastante bien | Muy bien |
| 1 | ¿Cómo puntuaría su calidad de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Muy insatisfecho/a | Insatisfecho/a | Lo normal | Bastante satisfecho/a | Muy satisfecho/a |
| 2 | ¿Cuán satisfecho/a está con su salud? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuánto** ha experimentado ciertos síntomasen las dos últimas semanas

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nada | Un poco | Lo normal | Bastante | Extremada mente |
| 3 | ¿ En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | ¿Cuánto disfruta de la vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | ¿En qué medida siente que su vida tiene sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nada | Un poco | Lo normal | Bastante | Extremada mente |
| 7 | ¿Cuál es su capacidad de concentración? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | ¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuán totalmente** usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nada | Un poco | Moderado | Bastante | Totalmente |
| 10 | ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | ¿Es capaz de aceptar su apariencia física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nada | Un poco | Lo normal | Bastante | Extremada mente |
| 15 | ¿Es capaz de moverse de un lugar a otro? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán **satisfecho(a) o bien** se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Muy Insatisfecho/a | Insatisfecho/a | Lo normal | Bastante satisfecho/a | Muy satisfecho/a |
| 16 | ¿Cuán satisfecho/a está con su sueño? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Muy Insatisfecho/a | Insatisfecho/a | Lo normal | Bastante satisfecho/a | Muy satisfecho/a |
| 17 | ¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | ¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | ¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | ¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | ¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | ¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | ¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | ¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | ¿Cuán satisfecho/a está con su transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos síntomas en las dos últimas semanas.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nunca | Raramente | Mediana mente | Frecuente mente | Siempre |
| 26 | ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Alguien le ayudará a llenar este formulario? *(Por favor circule Sí o No)* | Sí | No |

**GRACIAS POR SU AYUDA**