|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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**