

Consejero ID \_\_\_\_\_ Cliente ID \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Cuestionario demográfico

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Raza (por favor marque con un circulo su respuesta)

- Blanco(a)
- Negro(a) o Afroamericano(a)
- Medio Oriente o Norte de África
- Asiático(a)
- Indio(a) americano(a) o Nativo(a) de Alaska
- Nativo(a) de Hawái o otra isla del Pacifico
- Mezcla/mas de una Raza
- Una raza, etnicidad o origen no indicada en esta lista: Especificar

3. Etnicidad

- Hispano(a) o Latíno(a)
- No soy Hispano(a) o Latíno(a)

4. Identidad de genero

- 1 - Hombre
- 2 - Mujer
- 3 – Hombre transexual
- 4 – Mujer transexual
- 5 – Genero queer
- 6 – Un genero no identificado en esta lista

5. Orientación sexual (por favor marque un circulo)

Heterosexual                  Homosexual                  Bisexual                  Otro

6. Estado civil (por favor marque un circulo)

Casado(a)    Viudo(a)    Separado(a)    Divorciado(a)    Nunca me he casado/ Soltero  
Pareja doméstica

7. Nivel mas alto de su educación (por favor marque un circulo)

- Grado 6 o menos de secundaria
- Grado 7-12 (sin graduarse de la preparatoria)
- Graduado de la Preparatoria o algo similar
- Un tiempo en la universidad/colegio
- 2 años de colegio/Grado de asociado
- 4-años en la universidad/ grado universitario
- Un tiempo en posgrado o una escuela profesional
- Posgrado completado/graduado de una escuela profesional (Maestría o doctorado)

Consejero ID \_\_\_\_\_ Cliente ID \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

8. Educación en años (GED=12) \_\_\_\_\_

9. ¿Cuál es su situación de vivienda?

- 1 - Casa
- 2 - Apartamento, condominio, casa móvil
- 3 – Una campista o RV
- 4 – Dormitorio de escuela
- 5 - Centro de rehabilitación, hogar grupal, o refugio
- 6 –Residencia compartida, ocupación de habitación individual, motel, o hotel
- 7 – Sin hogar (no hay lugar regular)
- 8 – Sin hogar y viviendo con familia o amigos “couch surfing”
- 9 – Otro, por favor explique: \_\_\_\_\_

10. Con quien vives actualmente (marque un circulo a lo(s) que le aplica):

- Con nadie, vivo solo
- Esposo(a) o pareja
- Con mis padres
- Niño(s) (de 13 a 18 años)
- Niño(s) menos de 13 años
- Otra familia
- Amigo(s) o conocidos
- Ninguna de las respuestas indicadas (por favor describa) \_\_\_\_\_

11. ¿Se considera discapacitado del trabajo (recibiendo una pensión de deshabilitación)?

Sí No

12. ¿Esta recibiendo algún dinero de su seguro social (SSI o SSDI)?

Sí No

13. ¿Actualmente eres activo en el servicio militar o eres un veterano?

Sí No

14. ¿Como describe su estado de empleo?

- 1 - Tiempo-completo (35 horas/semana o mas)
- 2 – Tiempo medio (35 horas/semana o menos)
- 3 - Estudiante
- 4 – Ama de casa
- 5 – Servicio de militar activo
- 6 - Deshabilitado
- 7 - Desempleado
- 8 - Retirado
- 9 - Otro

15. ¿Cual fue el ingreso de su hogar el año pasado antes de impuestos? \_\_\_\_\_

### La Proximidad y el impacto del incendio

1. ¿Cual era su ciudad o pueblo de residencia cuando los incendios empezaron el 8 de octubre, 2017? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuanto tiempo había vivido en su hogar antes de los incendios?
  - a. Menos de un mes
  - b. Entre un mes o menos de un año
  - c. De 1 a 2 años
  - d. De 3 a 5 años
  - e. De 6 to 12 años
  - f. Mas de 12 años
3. ¿Era dueño(a) de la casa en la que vivía cuando los incendios comenzaron?
  - a. Sí
  - b. No

¿Con quien estaba viviendo en el momento de los incendios?

- Con nadie, Viví solo
  - Esposo(a) o pareja
  - Con mis padres
  - Niño(s) (de 13 a 18 años)
  - Niño(s) menos de 13 años
  - Otra familia
  - Amigo(s) o conocidos
  - Ninguna de las respuestas indicadas (por favor describa)
4. ¿Que tan cerca llegaron los incendios forestales al lugar a donde estaba viviendo?
    - Los incendios afecto mi propiedad/ lugar de vivienda
    - Una cuadra o menos pero mi propiedad/lugar de vivienda no fue afectada
    - Mas de 1 cuadra a 1/2 milla de distancia
    - Mas de 1/2 milla a 1 milla de distancia
    - Mas de 1 milla a 5 millas de distancia
    - Mas de 5 millas de distancia
    - No lo sé
  5. ¿Cual es la condición del hogar en la que vivía cuando comenzaron los incendios?
    - Mi hogar fue destruido
    - Mi hogar todavía esta en pie, pero esta significadamente dañado por el incendio y/o el humo.
    - Mi hogar tuvo daños menores
    - Mi hogar no fue dañado

- No se el alcance del daño

6. Si su casa fue dañada o destruida, ¿cuál de las siguientes cosas tenía cobertura de seguro?

Tipo	Parcial (no cubrieron todos los daños)	Completo (todos los daños cubiertos; reemplazo total/reconstrucción)	Sin cobertura	No estoy seguro	N/A
Casa (edificio/ una estructura)					
Propiedad personal (ropa, electrónicos, cosas de valor)					
Limpieza (remover escombros etc.)					

7. ¿Como aprendió por primera vez sobre los incendios? (marque todo(s) a los que le aplica)

- Olí e humo
- Mire las llamas
- De un miembro de la casa
- De un(a) vecino(a)
- De un amigo(a) de la familia que no vive en la casa
- De la policía
- Del departamento de bomberos
- Las noticias
- otro

8. ¿Fue evacuado(a) de su hogar?

- Sí
- No
- n/a (no me aplica)

9. Sí, ¿fue evacuado(a) mas de una vez?

- Sí
- No
- n/a (no me aplica)

10. Sí, ¿todos los miembros de su hogar permanecieron juntos durante las siguiente

6 semanas?

- Sí, todos los miembros de mi hogar permanecieron juntos, incluido nuestra(s) mascota(s).
- Todos los miembros de mi hogar permanecieron juntos, menos nuestra(s) mascota(s) que tuvieron que vivir en otro lugar.
- Todos los miembros de mi hogar permanecieron juntos, pero nuestra(s) mascota(s) se perdieron
- No, nuestro(s) miembro(s) de mi hogar fueron separados.
- n/a (no me aplica)

11. Sí, ¿cuanto tiempo has sido desplazado de su hogar?

- 1-2 semanas
- De 2 semanas a 4 semanas
- Mas de 1 mes
- Mas de 2 meses

12. Sí fue desplazado, cual de estas describe su estado de vivienda actualmente

(marque todo(s) a los que le aplica):

- Todavía estoy desplazado, mi casa fue destruida o en malas condiciones de vivir, pero hay esperanzas para reconstruir
- Todavía estoy desplazado, mi casa fue destruida, pero hemos empezado a reconstruir
- Todavía estoy desplazado, mi casa fue destruida, pero compre o rente una casa y me voy a mover a esa vivienda permanente en el próximo mes
- Todavía estoy desplazado y no he aclarado planes para una vivienda permanente.
- Todavía estoy desplazado y no puedo localizar una nueva vivienda
- Estoy permanentemente desplazado– mi hogar fue destruida o en malas condiciones de vivir.
- No me aplica
- Otro \_\_\_\_\_

13. ¿Su lugar de trabajo fue afectado por los incendios? (marque todo(s) los que le aplica)

- No
- Sí, perdí horas de trabajo
- Sí, mi trabajo/negocio fue trasladado a otro lugar
- Sí, mi trabajo/negocio fue trasladado a otro lugar mas lejos
- Sí, me quede sin empleo
- Otro \_\_\_\_\_

Consejero ID \_\_\_\_\_ Cliente ID \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

N/A (no me aplica) – no estaba empleado

14. Por favor indique su experiencia de los incendios (marque todo(s) los que le aplica)

Sostuve una herida

Conocí a alguien que murió

Fui testigo de heridos

Fui testigo del estrés emocional de los sobrevivientes  
(o sobrevivientes de los incendios que fueron alojados)

Trabajé o fui un voluntario con los que fueron evacuados durante los incendios

Mire perdidas menores de o daños de propiedad (no mi hogar)

Mire Perdidas mayores de o daños de propiedad (no mi hogar)

Perdí uno o mas mascotas

Perdí cuidado infantil por causa de los incendios

Perdí la escuela por causa de los incendios

No pase por ninguna de estas cosas

Otro \_\_\_\_\_

Consejero ID \_\_\_\_\_ Cliente ID \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### **Metas individuales**

**¿Qué metas tiene durante su tiempo en servicios de consejeros?**

- a.
- b.
- c.

### **Fortalezas individuales**

**¿Qué ves como sus fortalezas personales o cosas sobre su vida que le ayudan a sobrellevar o tener éxito?**

- a.
- b.
- c.

Consejero ID \_\_\_\_\_ Cliente ID \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### AUDIT-C

¿Consumes alcohol actualmente?    Sí    No

**Sí la respuesta es Sí:**

**1. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica en el mes pasado?**

- Nunca
- Una o menos veces al mes
- De 2 a 4 veces al mes
- De 2 a 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

**2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?**

- Nunca, no bebo alcohol
- 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6
- De 7 a 9
- 10 o más

**2. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?**

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

**3. ¿Se está recuperando de un trastorno de consumo de alcohol?    Sí    No**



Consejero ID \_\_\_\_\_ Cliente ID \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### CUDIT-Short Form

¿Consumes cannabis actualmente?    Sí    No

Sí la respuesta es sí, ¿Con qué frecuencia en el mes pasado...

	Nunca	Menos de un mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
1. ... ¿Se dio cuenta que no pudo dejar de consumir cannabis una vez que comenzó?					
2. ... ¿Con qué frecuencia en los últimos 6 meses ha dedicado gran parte de su tiempo a consumir, usar o recuperarse del cannabis?					
3. ... ¿Ha tenido algún problema con su memoria o concentración después de consumir cannabis?					

### Índice de Gravedad del Insomnio

Por cada una de las siguientes preguntas, marque con un CÍRCULO el número que corresponda con más exactitud su respuesta.

Por favor marque su gravedad actual de sus problemas de insomnio.

	Ninguno	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
1. Problema para dormirse	0	1	2	3	4
2. Problema para permanecer dormido/a	0	1	2	3	4
3. Despertarse más temprano de lo que quería en la mañana:	0	1	2	3	4

4. ¿Qué tan **SATISFECHO/A**/INSATISFECHO/A está con sus hábitos de sueño actuales?  
 Muy satisfecho/a    Satisfecho/a    Neutral    Insatisfecho/a    Muy Insatisfecho/a

0                      1                      2                      3                      4

5. ¿Qué tan **EVIDENTE** cree que es para los demás su problema para dormir, en cuanto a cómo este afecta su calidad de vida?

Muy satisfecho/a    Satisfecho/a    Neutral    Insatisfecho/a    Muy Insatisfecho/a

0                      1                      2                      3                      4

6. ¿Qué tan **PREOCUPADO/A** o angustiado/a está debido a su problema de sueño actual?

Muy satisfecho/a    Satisfecho/a    Neutral    Insatisfecho/a    Muy Insatisfecho/a

0                      1                      2                      3                      4

7. ¿En qué medida considera que su problema de sueño **INTERFIERE** en su funcionamiento diario (por ejemplo; fatiga durante el día, su habilidad para funcionar en el trabajo/tareas diarias, concentración, memoria, estado de ánimo) ACTUALMENTE?

Muy satisfecho/a    Satisfecho/a    Neutral    Insatisfecho/a    Muy Insatisfecho/a

0                      1                      2                      3                      4

Consejero ID \_\_\_\_\_ Cliente ID \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### PC-PTSD-5

A veces las personas le pasan cosas que son inusuales o especialmente aterrorizantes, horribles o traumáticas. Por ejemplo:

- Un accidenté serio
- Un asalto físico, sexual o un abuso
- Un incendio, terremoto o inundación
- Guerra
- Ver a alguien ser asesinado o gravemente herido
- Tener un ser querido que murió por homicidio o suicidio.

**En su primera sesión, usted indicó que tuvo una experiencia de este tipo.**

**En la última semana, ha tenido...**

1. ¿Pesadillas o ha pensado en lo que le paso, sin querer hacerlo? Sí No
2. ¿Trato de evitar esos pensamientos o evito situaciones que para usted le podrían recordar la terrible experiencia que tuvo? Sí No
3. ¿Estaba constantemente en guardia, atento, o asustado fácilmente? Sí No
4. ¿Se ha sentido entumecido o separado de otros, de actividades, o sus alrededores?  
Sí No
5. ¿Sentirse culpable o incapaz de culparse a sí mismo o otros por el/los evento(s) o algún problema(s) que los eventos han causado? Sí No
6. ¿Cuántos eventos traumáticos diferentes has pasado por en su vida? \_\_\_\_\_
7. ¿Algunos de estos eventos fueron repetidos o seguían pasando por un tiempo (como un abuso recurrente)? \_\_\_\_\_

**Patient Health Questionnaire-9**

Durante la última semana, ¿Con que frecuencia le ha molestado los siguientes problemas?

*(Marque un circulo para indicar su respuesta)*

	Nunca	Varios días	Mas de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse demasiado/a deprimido/a, o sin esperanza	0	1	2	3
3. Tener problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5. Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentir falta de amor propio – o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a o a su familia	0	1	2	3
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta – o de lo contrario – estar tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho mas de lo acostumbrado	0	1	2	3
9. Pensamientos de que seria mejor estar muerto/a o de que se haría daño de alguna manera	0	1	2	3

10. Si usted se identifico con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuan difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

Nada en absoluto

Algo difícil

Muy difícil

Extremadamente  
difícil

**GAD-7**

**Durante la ultima semana, ¿qué tan seguido le ha molestado...**

	Para nada (0)	Algunos días (1)	Mas de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
1 ¿Sentirse nervioso(a) ansioso(a), o inquieto?	0	1	2	3
2 ¿No poder para o controlar la preocupación?	0	1	2	3
3 ¿Preocuparse mucho sobre diferentes cosas?	0	1	2	3
4 ¿Tener problemas para relajarse?	0	1	2	3
5 ¿Sentirse tan agitado que no se puede sentarse quieto(a)?	0	1	2	3
6 ¿Enojarse o molestarse muy fácilmente?	0	1	2	3
7 ¿Sentirse con miedo, como si algo muy malo fuera a suceder?	0	1	2	3

8 Si indico alguno de estos problemas... ¿qué tanto estos problemas le han hecho difícil su trabajo, hacerse cargo de su casa o relacionarse con otras personas?

Nada difícil

Algo difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

**Breve inventario de funcionamiento psicosocial**

<i>En general, en la semana pasada</i>	<b>Para nada</b>	<b>Un tanto</b>					<b>Mucho</b>	<b>No me aplica</b>
	0	1	2	3	4	5	6	7
1. Tuve problemas en mi relación romántica con mi esposo(a) o pareja.	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Tuve problemas en mi relación con mis hijos.	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Tuve problemas con mis relaciones familiares.	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Tuve problemas con mis amistades y socializando.	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Tuve problemas en el trabajo.	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Tuve problemas con mi entrenamiento y educación.	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Tuve problemas con las actividades del día a día, como hacer tareas domésticas, hacer recados y administrar mi atención médica.	0	1	2	3	4	5	6	7