

Consejero ID _____ Cliente ID _____ Fecha _____

Sesión # _____ Sesión grupal o individual _____

PC-PTSD-5

A veces las personas le pasan cosas que son inusuales o especialmente atemorizantes, 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

Consejero ID _____ Cliente ID _____ Fecha _____

Sesión # _____ Sesión grupal o individual _____

Patient Health Questionnaire-9

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

(Marque un círculo 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

Consejero ID _____ Cliente ID _____ Fecha _____

Sesión # _____ Sesión grupal o individual _____

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

Consejero ID _____ Cliente ID _____ Fecha _____

Sesión # _____ Sesión grupal o individual _____

Metas

Por favor escriba las 3 metas que anotó en su primera sesión. A continuación, evalúe en qué medida siente que ha progresado en estas metas desde su última visita.

Metas:

1.

No Progreso	Un poco de Progreso	Progreso moderado	Un buen progreso	Un gran progreso
1	2	3	4	5

2.

No Progreso	Un poco de Progreso	Progreso moderado	Un buen progreso	Un gran progreso
1	2	3	4	5

3.

No Progreso	Un poco de Progreso	Progreso moderado	Un buen progreso	Un gran progreso
1	2	3	4	5

Consejero ID _____ Cliente ID _____ Fecha _____

Sesión # _____ Sesión grupal o individual _____

Breve inventario de funcionamiento psicosocial

<i>En general, en la semana pasada</i>	Para nada	Un tanto					Mucho	No me aplica
		1	2	3	4	5		
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

Consejero ID _____ Cliente ID _____ Fecha _____

Sesión # _____ Sesión grupal o individual _____

AUDIT-C

¿Consumes alcohol actualmente? Yes No

Si la respuesta es Si:

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 mas 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 esta recuperando de un trastorno de consumo de alcohol? Si No

Consejero ID _____ Cliente ID _____ Fecha _____

Sesión # _____ Sesión grupal o individual _____

CUDIT-Short Form

¿Consume cannabis actualmente? Si No

Si la respuesta es si, ¿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?					