**Ser completado por el paciente:**

1. **Edad: ­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_** años
2. **¿Cuál identidad de género se identifica más?**

* Femenino
* Masculino
* Transgénico Mujer/ Hombre-a-mujer (HAM)
* Transgénico Hombre/ Mujer-a-hombre (MAH)
* Genero Variante/ No conformado/ Genderqueer
* No aparece en la lista (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Prefiero no decirlo

1. **Nivel más avanzado de educación:** 
   * Menos que la escuela secundaria (no GED)
   * Menos de la escuela secundaria (Recibido el GED)
   * Escuela Secundaria
   * Parte de la universidad, sin título
   * Título de asociado
   * Título de una universidad de cuatro años
   * Programa de Certificado de Posgrado completado
   * La maestría
   * El doctorado
2. **Etnicidad:**

* No-Hispano/no-Latino(a)
* Hispano/Latino(a), *por favor especifique:*
  + Salvadoreño(a)
  + Puertorriqueño(a)
  + Hondureño(a)
  + Guatemalteco(a)
  + Mexicano(a)
  + Dominicano(a)
  + Colombiano(a)
  + Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Raza**

* Nativo Americano(a) o Nativo Alaskeño(a)
* Asiático(a)
* Negro(a) o Afroamericano(a)
* Nativo(a) Hawaiano(o) u otro Isleño(a) Pacifico(a)
* Blanco(a) (ascendencia europea)
* Blanco(o) (ascendencia medio oriente o africano norteño)
* Hispano(a) o Latino(a)
* Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿Cuál es su religión actual, si tiene una?**

* Protestantes (Bautista, metodista, No-denominacional, luterano, Presbiteriano, Pentecostal, Episcopal, Reformado, Iglesia de Cristo, etc.)
* Católico
* Mormón (La iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos)
* Ortodoxa (griega, rusa o alguna otra iglesia ortodoxa)
* Judaísmo (judaísmo)
* Musulmán (islam)
* Budista
* Hindú
* Ateísta (no creer en dios(es))
* Ateo (no estoy seguro si hay un(os) dios(es))
* Cristiano
* Unitarista (Universalista)
* Testigo de Jehová
* Otra religión (especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
* No lo sé
* No deseo contestar

1. **¿Qué tan cumplidor es usted con su religión? En otras palabras, ¿Cuánto practica su religión?**

* Practico mi religión muchísimo
* Practico mi religión moderadamente
* No practico mi religión

1. **¿Qué es su ingreso anual?**

* Menos que $10,000
* $10,000 - $20,000
* $20,000 - $30,000
* $30,000 - $40,000
* $40,000 - $50,000
* $50,000 - $60,000
* $60,000 - $70,000
* $70,000 - $80,000
* $80,000 - $90,000
* $90,000 - $100,000
* $100,000 o más

1. **¿Cómo paga sus sesiones de terapia?**

* Seguro público (p. ej., CCG, Medicare, Medicaid, CBH, etc.)
* Ley del Cuidado de la salud/ ObamaCare
* Seguro privado (pagado por usted mismo)
* Seguro pagado por su empleador
* De bolsillo (Cuota entera)
* De bolsillo (Cuota de escala móvil)

1. **Idioma Primario**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Idioma(s) en que hacen la terapia:**

* Inglés
* Español
* Una mezcla de inglés y español
* Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Estado Civil Actual**

* Soltero (no está saliendo con nadie)
* Está saliendo con varias personas
* Está saliendo con una persona
* Relación Comprometida
* Pareja de hecho (su matrimonio no es oficial, pero se considera ustedes maridos)
* Casado
* Divorciado
* Viudo
* Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Estado militar:**

* Veterano
* Soldado de servicio activo
* Reservas
* Guardia Nacional
* No está involucrado en el ejército

**13A. Si está involucrado en el ejército, ¿cuáles años estuvo involucrado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**13B ¿Fue desplegado?**

* Sí
* No

**13C Si fue desplegado, ¿dónde/cuándo fue desplegado?**

* La Segunda Guerra Mundial
* Guerra de Corea
* Guerra de Vietnam
* Guerra de Golfo
* OIF
* OEF
* OND
* Otro (Por favor describe donde y cuando):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Ocupación Actual:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **¿Usted es o ha sido…? (marque todos los que apliquen):**

* Policía
* Refugiado
* Bombero
* Paramédico
* Personal de Rescate
* TEM (técnico de emergencias médicas)
* Ninguno de los de arriba

1. **¿Usted es dueño de un aparato móvil?**

* Sí
* No

1. **¿Qué tan seguro está usted en su capacidad de usar aparatos móviles como teléfonos inteligentes / teléfonos celulares o tabletas?**

* Muy seguro
* Bastante seguro
* Un poco seguro
* No estoy seguro por nada

1. **¿Con que frecuencia usted utiliza un aparato móvil (teléfono o tableta)?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca** | **Raramente** | **A Veces** | **Muchas veces** |
| Hacer llamadas |  |  |  |  |
| Mandar o recibir correo electrónico |  |  |  |  |
| Mensaje de texto |  |  |  |  |
| Navegar por las redes sociales (por ejemplo, Facebook, twitter, snapchat, Instagram, etc.) |  |  |  |  |
| Completar cuestionarios |  |  |  |  |
| Tomar fotografías |  |  |  |  |
| Ver películas y programas de televisión |  |  |  |  |
| Leer noticias, artículos o resúmenes |  |  |  |  |
| Hacer compras |  |  |  |  |
| Utilizar redes sociales profesionales |  |  |  |  |
| Psicoterapia y telemedicina remota |  |  |  |  |
| Trabajar |  |  |  |  |

1. **¿Cree que usted podría pasar por algún obstáculo que lo prevenga a terminar el tratamiento?**

* **Sí**
* **No**

1. **Si usted ha identificado algunas barreras, ¿esas barreras están relacionadas con…? (marque todo lo que corresponde.)**

* Problemas con el transporte (no tengo coche, problemas de estacionamiento transporte público defectuoso, etc.)
* La responsabilidad de cuidar a sus seres queridos (niños, alguien con una enfermedad, etc.)
* Costo de la terapia o el costo de la terapia o el copago que no es cubierto por el seguro médico
* Dificultad para obtener tiempo libre de trabajo
* Otras responsabilidades y actividades diarias (por ejemplo, escuela/colegio/universidad, tareas domésticas, otras citas)
* La falta de apoyo de su pareja, familiares, o amigos
* Las dudas de que usted no va a beneficiarse del tratamiento
* Las preocupaciones sobre el potencial paeja emocional o dificultad de tratamiento
* Dudas de que el tratamiento sea culturalmente relevante/ sensible
* Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* No se aplica