



58964



A Collaborative Outcomes Resource Network

Breve Cuestionario Para Adultos

Version 10.0

Please print clearly

Org ID: 3Site ID: Clinician ID: Fecha Completado
 / / Sesión #
 Client ID:

Este breve cuestionario pregunta acerca de algunos de los más comunes pensamientos, sentimientos y conductas reportadas entre los adultos que buscan tratamiento para la salud del comportamiento. Por favor piense acerca de las últimas dos semanas e indique que seguido ocurre lo siguiente. Esto ayudara a Ud. y al terapeuta a planificar su tratamiento y a controlar su mejora.

En las ultimas dos semanas, cuantas veces Ud	Raramente	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo
...se sintió infeliz o triste?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tuvo poca o no energía?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tuvo dificultad para llevarse bien con la familia, amigos o compañeros de trabajo?...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...se sintió sin esperanza acerca del futuro?...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tuvo dificultad en concentrarse?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...se sintió improductivo en el trabajo o con otras tareas diarias?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...se sintió tenso o nervioso?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tuvo problemas con el sueño (demasiado o muy poco dormir)?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sintió soledad?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...penso en causarse dano fisico.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...alguien manifestó preocupación acerca de su uso del alcohol o drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tuvo mas que cinco bebidas alcóholicas en un instante?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tuvo una problema en el trabajo, escuela, o casa a causa del alcohol o drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor calcule el porcentaje de productividad que Ud. pierde en el trabajo, escuela, u otras actividades diarias importantes debido a síntomas de estrés, ansiedad o depresión.

 %

Conteste solamente si esta NO es la primera sesion. En mi ultima sesion senti que ...	De acuerdo	Mas o menos de acuerdo	No estoy seguro	Un poco en desacuerdo	No estoy de acuerdo
...que hablamos acerca de las cosas que eran importantes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...que el terapeuta/doctor me comprendió.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...que la terapia me ayudo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... confidente en que el terapeuta y yo trabajamos bien juntos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

