



**GF. Factores generales**

GLPI/ GFI	1. <u>En toda su vida</u> , ¿usted.....	<u>Sí</u> <u>No</u>
	a. ha recibido tratamiento <u>5 o más veces</u> en un hospital o sala de emergencia por problemas de salud?.....	1 0
	b. ha recibido <u>alguna vez</u> tratamiento o consejería por problemas mentales, emocionales, de comportamiento o psicológicos?.....	1 0
	c. ha recibido <u>alguna vez</u> tratamiento o consejería por alcohol, marihuana u otras drogas?.....	1 0
	d. ha sido detenido por la policía o arrestado <u>5 o más veces</u> ?.....	1 0
	2. <u>Durante los últimos 12 meses</u> , ¿usted ...	<u>Sí</u> <u>No</u>
	a. tuvo malas notas o bajaron las notas en la escuela o programa de capacitación?.....	1 0
	b. se ausentó 5 o más días de la escuela o capacitación por algún motivo?.....	1 0
	c. faltó (PR: cortó, MX: se fue de pinta) a la escuela o programa de capacitación porque no tenía ganas de estar allí?.....	1 0
	d. fue suspendido o expulsado de la escuela o programa de capacitación?.....	1 0
	e. hizo un mal trabajo o hizo su trabajo peor que antes?.....	1 0
	f. se ausentó del trabajo 5 o más días por alguna razón?.....	1 0
	g. faltó (PR: cortó, MX: se fue de pinta) al trabajo porque no tenía ganas de estar allí?.....	1 0
	h. fue despedido o se le solicitó que no vaya a trabajar?.....	1 0
	j. fue atacado por alguien?.....	1 0
	k. atacó a alguien?.....	1 0
	m. fue arrestado? ...	1 0
	n. estuvo en probatoria (“probation”), libertad condicional (“parole”) o bajo otras formas de supervisión de la corte?.....	1 0
	3. <u>Durante los últimos 90 días</u> , ¿cuántos <u>días</u> ... <u>Días</u>	
	(Use “0” para Ninguno o No Aplica)	
	a. fue a cualquier tipo de <u>escuela o programa de capacitación</u> ?.....	_ _
	b. <u>faltó</u> a la escuela o capacitación por cualquier motivo?.....	_ _
	c. <u>se metió en problemas</u> en la escuela o programa de capacitación por alguna razón?.....	_ _
	d. fue a <u>trabajar</u> ?.....	_ _
	e. <u>faltó</u> al trabajo por alguna razón?.....	_ _
	f. se <u>metió en problemas</u> en el trabajo por algún motivo?.....	_ _
	g. tuvo problemas en el hogar o con su familia por alguna razón?.....	_ _
	h. estuvo en un hogar sustituto (“foster home”), hogar de grupo o edificio del estado?.....	_ _
	j. vivió en un lugar donde no tenía libertad para ir y venir cuando quería, tales como la cárcel, un programa de pacientes internos u hospital?.....	_ _

**SS. Fuentes de estrés**

GLPI/ SOSI	<p>1. <u>Durante los últimos 12 meses</u>, ¿estuvo usted bajo estrés por alguna de las siguientes razones relacionadas con su familia, amigos, compañeros de clase o trabajo?</p>	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	a. Nacimiento o adopción de un nuevo miembro de la familia .....	1	0
	b. Problemas de salud de un miembro de la familia o amigo cercano .....	1	0
	c. Cambio importante en una relación (matrimonio, divorcio o separación).....	1	0
	d. Muerte de un miembro de la familia o amigo cercano.....	1	0
	e. Peleas con jefe/maestro o compañeros de trabajo/clase.....	1	0
	f. Otros cambios o problemas en la familia o grupos principales de apoyo .....	1	0
	(Por favor describa. v. _____)		
	2. <u>Durante los últimos 12 meses</u> , ¿estuvo usted bajo estrés por estas otras exigencias?.		
	a. Cambios importantes en vivienda o mala vivienda .....	1	0
	b. Nuevo trabajo, posición o escuela .....	1	0
	c. Horario de trabajo o escuela difícil.....	1	0
	d. Problemas con el transporte.....	1	0
	e. Discriminación en la comunidad, trabajo, escuela o transporte.....	1	0
	f. Amenaza de perder vivienda, empleo, escuela o transporte actual.....	1	0
	g. Interrupción o pérdida de vivienda, empleo, escuela o transporte.....	1	0
	h. Algo que vio o que le sucedió a alguien cercano a usted.....	1	0
	(Por favor describa. v. _____)		
	j. Otras exigencias del ambiente.....	1	0
	(Por favor describa. v. _____)		
	3. <u>Durante los últimos 12 meses</u> , ¿fue atacado con una arma, golpeado, abusado sexualmente o emocionalmente? .....	1	0
	4. En este momento, ¿está <u>preocupado</u> de que alguien pueda...		
	a. <u>atacarlo</u> con una pistola, cuchillo, palo, botella u otra arma? .....	1	0
	b. <u>lastimarlo golpeándolo</u> o pegándole o de alguna otra manera abusando físicamente de usted?.....	1	0
	c. obligarlo o <u>forzarlo a participar en actos sexuales</u> en contra de su voluntad?.....	1	0
	d. <u>abusar emocionalmente de usted</u> ?.....	1	0

**PH. Estado de salud**

- GLPI/  
HDI
1. Durante los últimos 12 meses, ¿cómo ha estado su salud en general? **(Circule una)**

Excelente.....	0	
Muy Buena.....	1	
Buena .....	2	
Regular.....	3	
Mala .....	4	
  
  2. Durante los últimos 12 meses, ¿su salud ha limitado su habilidad de hacer...
 

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
a. actividades vigorosas como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes activos?.....	1	0
b. actividades moderadas como mover una mesa, cargar comestibles (MX: mandado; PR, CUB: la compra) o participar en deportes ligeros? .....	1	0
b. actividades ligeras como doblarse, levantar (objetos, cosas), agacharse (para recoger algo)?.....	1	0
  
  3. Durante los últimos 12 meses, ¿ha.....
 

a. perdido o ganado 10 libras o más sin proponérselo? .....	1	0
b. tenido mucho dolor o malestar físico (molestia)? .....	1	0
c. estado preocupado acerca de su salud o comportamiento? .....	1	0
d. tenido problemas de salud que no le dejaron cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa? .....	1	0
e. tenido dificultades pulmonares o respiratorias?.....	1	0
f. tenido dolor al orinar?.....	1	0
g. tosido u orinado sangre? .....	1	0
  
  4. Durante los últimos 90 días, ¿cuántos días...
 

	<u>Días</u>
a. le molestó algún problema médico o de salud? .....	_ _
b. tuvo problemas médicos que no le dejaron cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa? .....	_ _
c. estuvo sin comer (o vomitó la mayor parte de lo que comió)? .....	_ _

**EH. Salud emocional**

Las siguientes preguntas son acerca de problemas psicológicos comunes. Estos problemas son considerados significativos cuando los ha tenido por dos o más semanas, cuando ocurren de nuevo, cuando no le dejan cumplir con sus responsabilidades o le hacen sentir como que no aguanta mas.

IBS/ DSS-5	1. <u>Durante los últimos 12 meses</u> , ¿tuvo problemas <u>significativos</u> como.....	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	a. dolores de cabeza, desmayos, mareos, hormigueos, entumecimientos, sudoración o escalofríos?.....	1	0
	b. problemas para dormir, tales como pesadillas, inquieto al dormir o quedándose dormido durante el día?.....	1	0
	c. sentirse muy atrapado, sin salida, solo, triste, deprimido o sin esperanza acerca del futuro? .....	1	0
	d. sentirse sin energía y perder interés en el trabajo, escuela, amigos, sexo u otras cosas que le importaban?.....	1	0
	e. recordando, concentrándose, tomando decisiones o que su mente queda en blanco? .....	1	0
IBS/ SRS-5	2. <u>Durante los últimos 12 meses</u> , ¿usted.....	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	a. pensó en matar o herir a alguien? .....	1	0
	b. pensó en acabar con su vida o suicidarse? .....	1	0
	c. tuvo un plan para suicidarse?.....	1	0
	d. consiguió un arma de fuego, pastillas u otras cosas para llevarlo a cabo?.....	1	0
	e. intentó suicidarse?.....	1	0
IBS/ ATS-7	3. <u>Durante los últimos 12 meses</u> , ¿tuvo problemas <u>significativos</u> como.....	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	a. sentirse muy ansioso, nervioso, tenso, con miedo, asustado, con pánico o como que alguna cosa mala iba a pasar? .....	1	0
	b. tener que repetir una acción una y otra vez o tener pensamientos que le siguen dando vueltas en su cabeza? .....	1	0
	c. temblar, sentir el corazón acelerado o sentirse tan agitado que no podía quedarse quieto? .....	1	0
	4. <u>Durante los últimos 12 meses</u> , ¿le pasaron las siguientes situaciones?	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	a. Cuando algo le recuerda el pasado, se angustia mucho y se enoja .....	1	0
	b. Algunas veces usó alcohol o drogas para poder dormir u olvidar cosas que le sucedieron en el pasado .....	1	0
	c. Tuvo dificultad para expresar sus sentimientos, aún con las personas que quiere.....	1	0
	d. Se sintió culpable acerca de cosas que le pasaron porque siente que debió hacer algo para evitarlas.....	1	0
	5. <u>Durante los últimos 90 días</u> , ¿cuántos <u>días</u> ..	<u>Días</u>	
	a. le molestó algún problema nervioso, mental o psicológico? .....	_ _	
	b. recuerdos de cosas que hizo, vio o le pasaron perturbaron su vida? .....	_ _	

[SI "NO", PASE A 3a]

**BH. Comportamiento**

EBS/ AIS-6	1. <u>Durante los últimos 12 meses</u> , ¿hizo las siguientes cosas dos o más veces?	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	a. Se le hizo difícil poner atención en la escuela, trabajo o casa .....	1	0
	b. Se le hizo difícil escuchar las instrucciones en la escuela, trabajo o casa .....	1	0
	c. Se le hizo difícil mantenerse organizado o terminar las cosas que tenía que hacer .....	1	0
	d. No pudo permanecer en su asiento o donde se suponía tenía que quedarse .....	1	0
	e. Se metió en problemas por ser muy escandaloso cuando estaba jugando o descansando .....	1	0
	f. Se le hizo difícil esperar su turno.....	1	0

EBS/ BPS-6	2. <u>Durante los últimos 12 meses</u> , ¿hizo las siguientes cosas dos o más veces?	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	a. Intimidó o amenazó o buscó pleitos con otras personas .....	1	0
	b. Mintió o estafó para conseguir lo que quería o para evitar hacer algo. ....	1	0
	c. Permaneció en la calle de noche más tarde de lo que sus padres, pareja o compañero(a) deseaban.....	1	0

	3. <u>Durante los últimos 12 meses</u> , ¿tuvo un desacuerdo en el cual <u>usted</u> hizo las siguientes cosas?	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	a. Insultó o dijo palabrotas (echó maldiciones) a alguien.....	1	0
	b. Empujó, agarró o le dio un empujón a alguien .....	1	0
	c. Pateó, mordió o le pegó a alguien.....	1	0

EBS/ GCS-4	4. <u>Durante los últimos 12 meses</u> , ¿usted	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	a. dañó o destruyó intencionalmente propiedad que no le pertenecía?.....	1	0
	b. sin tener en cuenta una tienda, se llevó dinero o pertenencias que no eran suyas? .....	1	0
	c. golpeó a alguien o se puso a pelear?.....	1	0
	d. vendió, distribuyó o ayudó a producir drogas ilegales?.....	1	0

	5. <u>Durante los últimos 90 días</u> , ¿cuántos <u>días</u> ... (Use "0" para ninguno o No Aplica)	<u>Días</u>
	a. tuvo problemas poniendo atención, controlando su comportamiento, o rompiendo las reglas que se supone debía seguir?.....	_ _
	b. tuvo una discusión con alguien en la que usted insultó (echó maldiciones), tiró algo, amenazó, empujó o golpeó a alguien?.....	_ _
	c. hizo cosas que podrían causarle problemas o estar en contra de la ley además de usar (alcohol o) drogas? .....	_ _
	d. estuvo bajo libertad probatoria ("probation") o condicional ("parole")?.....	_ _
	e. estuvo bajo arresto domiciliario o monitoreo electrónico? .....	_ _
	f. estuvo en la cárcel o centro de detención?.....	_ _

	6. <u>Durante los últimos 90 días</u> , ¿cuántas <u>veces</u> fue arrestado, procesado y acusado de un crimen? (Use "0" para Ninguno) .....	_ _	Times
--	---	-----	-------

**SR. Asuntos relacionados con el uso de sustancias**

SPS/ SUAS-9	1. <u>Durante los últimos 12 meses</u> , ¿usó alcohol, marihuana, cocaína, heroína u otras sustancias? .....	Sí 1	No 0	[SI “NO”, PASE A SR5]
	<u>Durante los últimos 12 meses, ...</u>			
	1a. ¿trató de ocultar que estaba usando alcohol, marihuana u otras drogas? .....	1	0	
	b. ¿sus padres, familia, compañero, compañeros de trabajo, compañeros de estudio o amigos se quejaron de su uso de alcohol, marihuana u otras drogas? ...	1	0	
	c. ¿usó alcohol, marihuana u otras drogas todas las semanas? .....	1	0	
	d. ¿el uso de alcohol, marihuana u otras drogas causó que se sintiera deprimido, nervioso, desconfiado, desinteresado en todo, con menos deseo sexual u otros problemas psicológicos? .....	1	0	
	e. ¿el uso de alcohol, marihuana u otras drogas causó que tuviera entumecimientos, hormigueos, temblores, pérdidas del conocimiento, hepatitis, tuberculosis (“TB”), enfermedades transmitidas sexualmente o algunos otros problemas de salud? .....	1	0	
	2. <u>Durante los últimos 12 meses</u> ,	Sí	No	
	a. ¿siguió usando alcohol, marihuana u otras drogas aunque sabía que no le estaban dejando cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa? .....	1	0	
	b. ¿usó alcohol, marihuana u otras drogas donde la situación se hizo insegura o peligrosa para usted, tales como manejando un carro (MX: coche, auto, CUB: máquina), usando una máquina o donde pudieron haberlo forzado a tener relaciones sexuales o pudieron haberlo lastimado? .....	1	0	
	c. ¿el uso de alcohol, marihuana u otras drogas le causó que tenga problemas a cada rato con la ley? .....	1	0	
	d. ¿siguió usando alcohol, marihuana u otras drogas sabiendo que le estaban causando problemas sociales, llevándolo a peleas o metiéndolo en problemas con otras personas? .....	1	0	
SPS/ SDS-7	3. <u>Durante los últimos 12 meses</u> ,	Sí	No	
	a. ¿necesitó más alcohol, marihuana u otras drogas para sentirse igual de drogado (“high”) o se dio cuenta que la misma cantidad no le hacia sentirse tan drogado (“high”) como antes? .....	1	0	
	b. ¿tuvo problemas de abstinencia por el alcohol, marihuana u otras drogas como las manos temblorosas, vómito, sentirse inquieto o no poder dormir o que usó alcohol, marihuana u otras drogas para dejar de sentirse enfermo o para evitar los problemas de abstinencia (MX: malilla)? ..	1	0	
	c. ¿usó alcohol, marihuana u otras drogas en cantidades más grandes, más a menudo o por más tiempo del que realmente quería? .....	1	0	
	d. ¿no pudo usar menos alcohol, marihuana u otras drogas o dejar de usarlos? .....	1	0	
	e. ¿pasó mucho tiempo tratando de conseguir alcohol, marihuana u otras drogas, usándolos o sintiendo sus efectos (drogado, enfermo)? .....	1	0	
	f. ¿el alcohol, marihuana u otras drogas le causó que dejara, disminuyera o tuviera problemas con actividades importantes en el trabajo, escuela, casa o eventos sociales? .....	1	0	
	g. ¿siguió usando alcohol, marihuana u otras drogas sabiendo que le causaban o le traían más problemas médicos, psicológicos o emocionales de los que ya tenía? .....	1	0	

VGNI-B

---

(Si hubo días en un ambiente controlado, use el calendario para identificar eventos personales para los últimos 90 días en la comunidad)

Para el siguiente grupo de preguntas, por favor responda por los últimos 90 días que vivió en la comunidad. No incluya los días que estuvo en la cárcel, hospital u otro sitio donde no podía usar alcohol, marihuana u otras drogas.

4. Durante los últimos 90 días que vivió en comunidad,

- |   | <u>Días</u> |
|---|-------------|
| ¿cuántos días... (Use "0" para ninguno)   |             |
| b. bebió cerveza, vino u otra clase de alcohol? .....   | _ _         |
| c. se emborrachó o tomó 5 o más bebidas de una sola sentada? .....  | _ _         |
| d. fumó o usó algún tipo de marihuana, "blunts" (cigarro de marihuana, MEX: churro, COL: bareto) o hachís?..... | _ _         |
| e. usó LSD, cocaína (MEX" soda), heroína, éxtasis, inhalantes u otro clase de drogas?.....                      | _ _         |
| (¿Qué usó? v. _____)  |             |
| f. pasaron <u>sin que usara ninguna clase</u> de alcohol, marihuana u otras drogas? .....                       | _ _         |

5. Durante los últimos 90 días que vivió en comunidad,

¿cuántos días fumó o usó alguna clase de tabaco? .....

|\_|\_|

**SU. Uso de servicios**  
**(Por favor use “0” para Ninguno o No Aplica)**

1. Durante los últimos 90 días, ¿cuántas veces fue a una sala de emergencia por.. Veces
  - a. problemas de salud? .....|\_|\_|
  - b. problemas mentales, emocionales, de comportamiento o psicológicos? .....|\_|\_|
  - c. problemas con el uso de alcohol o drogas?.....|\_|\_|
  
2. Durante los últimos 90 días, ¿cuántas noches pasó en un programa residencial, internado u hospitalizado por... Noches
  - a. problemas de salud? .....|\_|\_|
  - b. problemas mentales, emocionales, de comportamiento o psicológicos? .....|\_|\_|
  - c. problemas con el uso de alcohol o drogas?.....|\_|\_|
  
3. Durante los últimos 90 días, ¿cuántas veces fue a un programa ambulatorio (“outpatient”), clínica o consejero por... Veces
  - a. problemas de salud? .....|\_|\_|
  - b. problemas mentales, emocionales, de comportamiento o psicológicos? .....|\_|\_|
  - c. problemas con el uso de alcohol o drogas?.....|\_|\_|
  
4. Durante los últimos 90 días, ¿cuántos días tomó medicinas por.. Días
  - a. problemas de salud? .....|\_|\_|
  - b. problemas mentales, emocionales, de comportamiento o psicológicos? .....|\_|\_|
  - c. problemas con el uso de alcohol o drogas?.....|\_|\_|
  
5. Durante los últimos 90 días, ¿cuántos días vio a un consejero u otro profesional por sus problemas de salud, emocionales, de comportamiento o por problemas con el alcohol o las drogas en ..... Días
  - a. la escuela o programa de asistencia para los estudiantes? .....|\_|\_|
  - b. el trabajo o programa de asistencia para los empleados?.....|\_|\_|
  - c. un programa espiritual u organización religiosa? .....|\_|\_|

**EN. Fin**

1. ¿Quiere ayuda con algún problema en su familia, escuela, trabajo, de salud, emocional, de comportamiento, con el alcohol, drogas o problemas legales? ..... 1 0 Sí No

(Si responde “Sí”, por favor describa abajo)

- v1. \_\_\_\_\_  
 v2. \_\_\_\_\_  
 v3. \_\_\_\_\_

2. ¿Alguien le leyó estas preguntas o le ayudó a responder este cuestionario? ..... 1 0 Sí No

3. ¿Es inglés su primer idioma? ..... 1 0  
 a. (Si responde “No”, ¿Cuál es? v. \_\_\_\_\_)

4. ¿Qué clase de lugar describe mejor donde llenó este cuestionario? **(Circule uno)**

- Casa ..... 1  
 Escuela o programa de capacitación ..... 2  
 Lugar de trabajo o empleo ..... 3  
 Prisión, cárcel, o centro de detención ..... 4  
 Probatoria (“probation”), libertad condicional (“parole”) u otro sitio de corrección no controlada..... 5  
 Unidad de tratamiento o admisiones ..... 6  
 Oficina de investigación ..... 7  
 Otro (Por favor describa. v. \_\_\_\_\_).... 99

5. ¿Qué hora es? (Por favor circule AM o PM): ..... |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_\_| 1-AM 2-PM  
H H M M

**¡Gracias! Por favor devuelva este cuestionario a la persona que se lo entregó.**

(Para obtener más información acerca de este formulario visite [www.chestnut.org/li/gain/gain\\_q](http://www.chestnut.org/li/gain/gain_q).)

<b>CD. Disposición del caso – Para uso del personal solamente</b>		
1. Fuente(s) que refieren v. _____ a.  _ _ _ _  b.  _ _ _ _  c.  _ _ _ _  d.  _ _ _ _  e.  _ _ _ _		
2. Asuntos	1. Razones para referir	2. Recomendaciones
	Sí No	Sí No
a. Evaluación aleatoria	1 0	
b. Preocupación general (v. _____ )	1 0	1 0
c. Problemas familiares (v. _____ )	1 0	1 0
d. Problemas con compañero o iguales (v. _____ )	1 0	1 0
e. Duelo u otras crisis emocionales (v. _____ )	1 0	1 0
f. Asuntos espirituales (v. _____ )	1 0	1 0
g. Raza/grupo étnico/problemas de identidad del género o sexo (v. _____ )	1 0	1 0
h. Asuntos para la crianza de adolescentes (v. _____ )	1 0	1 0
j. Problemas del ambiente (v. _____ )	1 0	1 0
k. Problemas escolares (v. _____ )	1 0	1 0
m. Problemas de salud (v. _____ )	1 0	1 0
n. Problemas emocionales (v. _____ )	1 0	1 0
p. Problemas de conducta o comportamiento (v. _____ )	1 0	1 0
q. Banda o pandilla o actividad ilegal (v. _____ )	1 0	1 0
r. Uso de sustancias (v. _____ )	1 0	1 0
s. Incumplimiento de una obligación (v. _____ )	1 0	1 0
t. Cuidado continuo/apoyo (v. _____ )	1 0	1 0
u. Otro (v. _____ )	1 0	1 0
3. Ubicación(es) v. _____ a.  _ _ _ _  b.  _ _ _ _  c.  _ _ _ _  d.  _ _ _ _  e.  _ _ _ _		
4. Comentarios adicionales:		

<i>Para uso del personal SOLAMENTE (Estudio especial opcional)</i>					
XSS1. ¿Quiere ingresar información adicional para estudio especial?.....					
				<u>Sí</u>	<u>No</u>
				1	0 [SI “NO”, FIN]
XSSN. Número de estudio especial:			Nombre: v.		
aa.		ba.		ca.	
ab.		bb.		cb.	
ac.		bc.		cc.	
ad.		bd.		cd.	
ae.		be.		ce.	
af.		bf.		cf.	
ag.		bg.		cg.	
ah.		bh.		ch.	
aj.		bj.		cj.	
ak.		bk.		ck.	
am.		bm.		cm.	
an.		bn.		cn.	
ap.		bp.		cp.	
aq.		bq.		cq.	
ar.		br.		cr.	
as.		bs.		cs.	
at.		bt.		ct.	
au.		bu.		cu.	
av.		bv.		cv.	
aw.		bw.		cw.	
ax.		bx.		cx.	
ay.		by.		cy.	
az.		bz.		cz.	