



**AUTO-EVALUACION CONFIDENCIAL PARA SERVICIOS / RECURSOS DE LA COMUNIDAD**

Las preguntas en esta forma se diseñaron para ayudarle descubrir información acerca de sí mismo.

**Pregúntese lo siguiente y conteste con toda sinceridad:**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿Ha faltado en el trabajo debido a su uso de alcohol o drogas?                                  | Si | No |
| 2. ¿La gente le ha molestado quejándose del uso por usted de alcohol o drogas?                     | Si | No |
| 3. ¿Alguna vez ha tomado un trago o una droga en la mañana para calmarse o para quitarse la cruda? | Si | No |
| 4. ¿Ha sentido apenado por su uso de alcohol o drogas?   | Si | No |
| 5. ¿Ha pensado que debería reducir la cantidad que toma de alcohol o de drogas?                    | Si | No |

**Algún familiar, o una amistad de usted, ha:**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 6. ¿Tirado o roto cosas, o hecho algo que la daba miedo a usted?   | Si | No |
| 7. ¿Insultado a usted, o a sus hijos, o le ha dicho groserías?   | Si | No |
| 8. ¿Tratado de tomar decisiones suyas, incluyendo: con quien anda, a donde anda, o cual ropa se pone?                                | Si | No |
| 9. ¿Amenazado hacerse daño a si mismo, a usted, a familiares de usted, a sus animales o a algún artículo de importancia para usted?  | Si | No |
| 10. ¿Empujado a usted, lo ha detenido si usted quiere salir del cuarto? ¿Le ha golpeado, pateado, dado cachetadas o le ha rasguñado? | Si | No |
| 11. ¿Amenazado quitarle sus hijos?   | Si | No |

**Durante los últimos 6 meses, usted, o algún familiar, ha:**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 12. ¿Tenido emociones, miedos o preocupaciones que le dificulten cumplir con sus quehaceres?   | Si | No |
| 13. ¿Pensado en hacerse daño? (por ejemplo: ¿Tomado un exceso de pastillas? ¿Hecho daño físico a si mismo o a otra persona?)   | Si | No |
| 14. ¿Tenido cambios mayores en su vida que le hacen pensar que no puede aguantar más (por ejemplo: divorcio, muerte de un familiar, perder un trabajo, problemas graves de salud)?                                 | Si | No |
| 15. ¿Tenido cambios significantes en su rutina diaria (por ejemplo: le cuesta trabajo levantarse o bañarse, un cambio en su rutina de dormir o comer, pesadillas, tiene ganas de estar solo la mayoría de tiempo)? | Si | No |
| 16. ¿Oído voces que nadie más oye, o ha oído voces que le manden hacer cosas que no quiere hacer?  | Si | No |
| 17. ¿Tenido problemas encontrar trabajo por sus problemas emocionales?   | Si | No |
| 18. ¿Tenido problema llevándose con otras personas en el trabajo?  | Si | No |
| 19. ¿Tenido problema recordar ciertas cosas (por ejemplo: qué día sea, citas importantes, o el tema de una discusión)?   | Si | No |

**Contesta las siguientes preguntas con respecto a la posibilidad de Educación para Padres:**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 20. ¿Ha tenido problemas para obtener servicios médicos, habitación segura, o ropa para sus hijos?    | Si | No |
| 21. ¿Siempre puede hacerles a sus hijos sentirse bien acerca de sí mismo?                             | Si | No |
| 22. ¿Ha sentido abrumado como un padre tratando con sus niños? (Marque cada caja que aplica.)         | Si | No |
| Conducta      Emocional      Disciplina      Otro _____   |    |    |
| 23. ¿Está dispuesto a conseguir acceso a la Educación de Padres a través de Recursos de la Comunidad? | Si | No |
| 24. ¿Alguno de sus hijos tiene necesidades debidas a:   | Si | No |
| Problemas médicos      Incapacidad acerca del desarrollo      Salud mental      Delincuencia          |    |    |

**Se le preguntamos a todos lo de arriba porque todos tenemos miedos, preocupaciones o problemas que tal vez llegarán a ser problemas emocionales, o abuso de alcohol o de drogas. Estas preguntas nos ayudan a decidir si le conviene a usted o a su familia hablar con un asesor. Usted puede pedir hablar con un asesor aun no indicó problemas en sus respuestas. ¿Le gustaría hablar con un asesor?** **Si      No**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**County Use Section**

Participant's Name: _____	Case No.: _____	Date: _____
Referring Worker's Name: _____	Worker Number: _____	
Date: _____	Worker's Phone Number: _____	