



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: _____		