

Please read the following instructions to the consumer:

Esta simple autoencuesta de 5 minutos tiene la intención de fortalecerlo a usted. El contestar estas preguntas le dará la oportunidad a usted de decirnos cómo le va. Sus respuestas serán usadas para la planificación de tratamientos. Las respuestas también podrán ser usadas en investigaciones para ayudar a otras personas. Usted puede tomar la decisión de saltar cualquier pregunta que no quiera contestar. Hay tres maneras de responder a las preguntas en la autoencuesta: circule el número o marque el encasillado que corresponda con su respuesta, o escriba su respuesta (siempre un número) en los encasillados proveídos. Para que esta encuesta fuera más fácil de leer, todas las preguntas fueron escritas usando solamente el género masculino. Por favor, siéntase en libertad de asumir que todas las preguntas también pueden referirse a una mujer.

En los últimos 7 días...	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1. Me sentí triste.	1	2	3	4	5
2. Sentí que no valía nada.	1	2	3	4	5
3. Me sentí sin esperanza acerca del futuro.	1	2	3	4	5
4. Disfruté de la vida.	1	2	3	4	5
5. Me sentí nervioso.	1	2	3	4	5
6. Me preocupé.	1	2	3	4	5
7. Me sentí tenso.	1	2	3	4	5
8. Disfruté pasando tiempo con mis amigos.	1	2	3	4	5
9. Confié en un amigo.	1	2	3	4	5
10. Me sentí satisfecho con mis amistades.	1	2	3	4	5
11. Le grité a alguien cuando estaba enojado.	1	2	3	4	5
12. Perdí los estribos.	1	2	3	4	5
13. Me envolví en peleas físicas.	1	2	3	4	5
14. Pensé que me estaban siguiendo.	1	2	3	4	5
15. Me sentí como si la gente me estaba observando.	1	2	3	4	5
16. Oí voces cuando estaba solo.	1	2	3	4	5
17. Mi salud física me impidió hacer las cosas.	1	2	3	4	5
18. Tuve metas.	1	2	3	4	5
19. Supe lo que debía hacer para controlar los síntomas de mi enfermedad mental.	1	2	3	4	5
20. Me sentí responsable por mi propia recuperación.	1	2	3	4	5

En los últimos 7 días...	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
21. ¿Tomó algún medicamento para la depresión, ansiedad, "ADHD", o cualquier otro asunto de salud mental?	1 <input type="checkbox"/> Sí 0 <input type="checkbox"/> No					
22. Mis medicamentos me ayudaron.	1	2	3	4	5	*
23. Tomé mis medicamentos de la manera que me los recetaron.	1	2	3	4	5	*
24. Me molestaron los efectos secundarios de los medicamentos. (Por ejemplo, temblar y estremecerse, no ser capaz de pensar claramente, aumento o pérdida de peso, o problemas sexuales.)	1	2	3	4	5	*

25. ¿Cuántas horas trabajó con paga? (Si ninguna, ingrese 0.)

--	--

Número de Horas

26. Si usted NO trabajó con paga, favor de seleccionar una respuesta que mejor describa su situación. (Si usted trabajó con paga, favor de seleccionar "No aplica"):

- 1 Desempleado, pero activamente buscando trabajo con paga
- 2 Ama(o) de casa
- 3 Estudiante
- 4 Retirado
- 5 Incapacitado
- 6 En prisión u otra institución
- 7 Alojado/empleo no competitivo
- 8 Otro (específique): _____
- * No aplica

Las siguientes preguntas se refieren a los últimos 30 días.

En los últimos 30 días...	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre		
27. Tuve dificultad con el transporte.	1	2	3	4	5		
28. Me gustó la situación en que vivía.	1	2	3	4	5		
29. ¿Cuántos cigarrillos fumó usualmente al día? (Si ninguna, ingrese 0.) (Hay 20 cigarrillos en una cajetilla.)	<table border="1"> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> </table>						

Número de Cigarrillos

En los últimos 30 días...

30. ¿Cuántos días tomó alcohol? (Si ninguna, ingrese 0.)

--	--

Número de Días

31. ¿Cuántos días tomó cinco o más bebidas alcohólicas? (Si ninguna, ingrese 0.)

--	--

Número de Días

32. ¿Cuántos días uso cualquier droga para endrogarse? (Si ninguna, ingrese 0.)
(Por ejemplo, marihuana, metanfetamina, cocaína o narcóticos como el oxycontin o la codeína.)

--	--

Número de Días

33. ¿Cuántas veces fue arrestado? (Si ninguna, ingrese 0)

--	--

Número de Veces

34. ¿Cuántas veces le ha hablado a usted un oficial de la policia acerca de su comportamiento? (No incluya los arrestos)

--	--

Número de Veces

35. ¿Cuántas noches pasó la noche en un hospital psiquiátrica, o programa de abuso de sustancias? (Si ninguna, ingrese 0)

--	--

Número de Noches

36. ¿Cuántas veces ha usted visitado la sala de emergencia debido a problemas emocionales o de comportamiento, o por uso de alcohol o drogas? (Si ninguna vez, ingrese 0)

--	--

Número de Veces

37. ¿Alguien lo lastimó físicamente?

1 Sí

0 No

38. ¿Dónde vivió la mayor parte del tiempo? (Marque sólo una.)

- 1 Casa privada, condominio, apartamento, habitacion rentada (Sólo, con amigos, un esposo(a), o familiares)
- 11 Casa privada, condominio, apartamento, habitación rentada (dependiente de otros para asistencia en esta situación de vida)
- 3 Localización institucional (asilo, hospital)
- 4 Cárcel o facilidad correccional
- 5 Desamparado (Alojo, auto o en la calle)
- 12 Hogar sustituto
- 13 Hogar en Grupo, Centro de Rehabilitación, etc.
- 14 Residencia de Crisis (Un programa residencial de tiempo limitado a 24 horas)