

Telesage Outcomes Measurement System (TOMS)
Youth Self-Assessment (ages 13-17) (v. 1.2)

*** This page to be completed by staff. ***

Agency ID: [][][] (Region/LGE) Clinic ID: [][][][][] Sub-Clinic ID: [][][][]

Last Name: [][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][]

Date of Birth: [][] / [][] / [][][][][]
 M M D D Y Y Y Y

CLUID: (Client ID) [][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][][]

Primary Clinician ID (NPI): [][][][][][][][][][][][][]

Start Date of This Episode of Care: [][] / [][] / [][][][][]
 M M D D Y Y Y Y

Self-Assessment Completion Date: [][] / [][] / [][][][][]
 M M D D Y Y Y Y

To complete the following questions, ask the consumer.

¿Completará la persona la encuesta?

- 1 Sí → *Autoadministrada*
- 5 Sí → *Administrada por un empleado*
- 2 La persona no está dispuesto
- 3 La persona no puede hoy
- 4 Barrera de Lenguaje

Note: After this question is submitted, the remaining questions are to be answered by the consumer.

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	Frecuente-mente	Siempre
1. Me sentí triste.	1	2	3	4	5
2. Sentí que no valía nada.	1	2	3	4	5
3. Me sentí solitario.	1	2	3	4	5
4. Disfruté de la vida.	1	2	3	4	5
5. Me preocupé.	1	2	3	4	5
6. Me sentí tenso.	1	2	3	4	5
7. Me sentí nervioso.	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. Disfruté de estar con miembros de mi familia.	1	2	3	4	5
12. Confié en miembros de mi familia.	1	2	3	4	5
13. Estuve interesado en lo que mis familiares me dijeron.	1	2	3	4	5
14. Me sentí mal cuando los sentimientos de alguien fueron heridos.	1	2	3	4	5
15. Traté de entender cómo se sintieron las personas.	1	2	3	4	5
16. Fué difícil concentrarme.	1	2	3	4	5
17. Personas me dijeron que debí prestar más atención.	1	2	3	4	5
18. Tuve dificultad siguiendo las direcciones.	1	2	3	4	5

En los últimos 7 días...	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuente-mente	Siempre
19. Personas me dijeron que hablé mucho.	1	2	3	4	5
20. Personas me dijeron que interrumpí.	1	2	3	4	5
21. Tuve dificultad en sentarme quieto.	1	2	3	4	5
22. Hice lo que los adultos me dijeron que hiciera.	1	2	3	4	5
23. Hice daño a la propiedad de otra persona.	1	2	3	4	5
24. Robé algo que no me pertenecía.	1	2	3	4	5
25. Le grité a alguien cuando estaba enojado.	1	2	3	4	5
26. Perdí mis estribos.	1	2	3	4	5
27. Me envolví en peleas físicas.	1	2	3	4	5
28. Me gustó donde vivía.	1	2	3	4	5
29. Pensé que podía sobreponer mis dificultades.	1	2	3	4	5
30. Aprendí de mis errores.	1	2	3	4	5
31. Me agradé a mi mismo.	1	2	3	4	5

32. ¿Tomó algún medicamento para la depresión, ansiedad, "ADHD", o cualquier otro asunto de salud mental?

1 Sí

0 No

En los últimos 7 días...	Nunca	Rara-mente	Algunas veces	Frecuen-temente	Siempre	No Aplica
33. Mis medicamentos me ayudaron.	1	2	3	4	5	*
34. Tomé mis medicamentos de la manera que me los recetaron.	1	2	3	4	5	*
35. Me molestaron los efectos secundarios de los medicamentos. (Por ejemplo, dolores de cabeza, problemas durmiendo, problemas comiendo, soñoliento o cambios de peso.)	1	2	3	4	5	*

En los últimos 7 días...

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

--	--

Número de Horas

37. ¿Cuántas horas tomó parte usted en actividades físicas como el baloncesto, baile o ejercicio? (Si ninguna, ingrese 0)

--	--

Número de Horas

38. ¿Cuántas horas tomó usted parte en actividades en grupo organizadas, incluyendo participación en clubes, grupos de música, actividades religiosas, etc.? (Si ninguna, ingrese 0)

--	--

Número de Horas

Las siguientes preguntas se refieren a los últimos 30 días.

En los últimos 30 días...

39. ¿Estuvo usted matriculado en la escuela?

- 1 Sí
0 No

40. ¿Cuántos días fue usted marcado ausente de la escuela por cualquier motivo? (Si ninguno, ingrese 0; si no estaba matriculado en la escuela, marque "No aplica")

--	--

Número de Días
* No Aplica

41. ¿Por cuántos días estuvo usted ausente de la escuela debido a suspensión o expulsión? (Si ningún día, ingrese 0; si no estaba matriculado en la escuela, favor de marcar "No Aplica")

--	--

Número de Días
* No Aplica

42. En su última tarjeta de notas, ¿cuál fue su nota en matemáticas? (Marque sólo una)

- 1 A
2 B
3 C
4 D
5 F
6 No Aplica

En los últimos 30 días...

43. En su última tarjeta de notas, ¿cuál fue su nota en inglés/artes de lenguaje? (Marque sólo una)
- 1 A
2 B
3 C
4 D
5 F
6 No Aplica

44. ¿Por cuántas noches se quedó usted en un hospital psiquiátrico o en un programa de abuso de sustancias? (Si ninguna, ingrese 0)

Número de Noches

45. ¿Cuántas veces usted visitó la sala de emergencias por motivos de problemas emocionales o de comportamiento, o por uso de alcohol o drogas? (Si ninguna, ingrese 0)

Número de Veces

46. ¿Cuántos cigarrillos fumó usualmente al día? (Si ninguna, ingrese 0) (Hay 20 cigarrillos en una cajetilla.)

Número de Cigarrillos

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

Número de Días

48. ¿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

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

Número de Veces

50. ¿Cuántas veces ha hablado con usted un oficial de la policía acerca de su comportamiento? (No incluya los arrestos)

Número de Veces

En los últimos 30 días...

51. ¿Dónde usted vivió durante la mayoría del tiempo? (Marque sólo una)

- 3 Hogar sustituto
 - 4 Hogar en grupo, Centro de Rehabilitación, Centro Residencial de Tratamiento
 - 6 Asilo u hospital
 - 7 Cárcel/facilidad correccional/centro de detención/campamento para la reformatión de menores
 - 8 Desamparado (Alojo, auto, en la calle)
 - 10 Hogar privado, condominio, apartamento-con familia/familia extendida o con ningún familiar
 - 12 Residencia de crisis (un programa residencial de tiempo limitado a 24 horas)
-