

En los últimos 7 días...	Nunca	Rara- mente	Algunas veces	Frecuen- temente	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. Tuve pensamientos de terminar con mi 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. Tuve impulsos de lastimar a alguien.	1	2	3	4	5
13. Pensé que me estaban siguiendo.	1	2	3	4	5
14. Me sentí como si la gente me estaba observando.	1	2	3	4	5
15. Oí voces cuando estaba solo.	1	2	3	4	5
16. Mi salud física me impidió hacer las cosas.	1	2	3	4	5
17. Tuve metas.	1	2	3	4	5
18. Supe lo que debía hacer para controlar los síntomas de mi enfermedad mental.	1	2	3	4	5
19. Me sentí responsable por mi propia recuperación.	1	2	3	4	5

20. ¿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
21. Mis medicamentos me ayudaron.	1	2	3	4	5	*
22. Tomé mis medicamentos de la manera que me los recetaron.	1	2	3	4	5	*
23. 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	*

24. ¿Cuántas horas trabajó con pago? (Si ninguna, ingrese 0.)

--	--

Número de Horas

25. Si usted NO trabajó con compensación, seleccione una respuesta que mejor describa su situación. (Si usted sí trabajó con compensación, favor de seleccionar "No Aplica.")

- 1 Desempleado, pero actualmente buscando empleo con compensación.
- 2 Ama(o) de Casa
- 3 Estudiante
- 4 Retirado
- 5 Incapacitado
- 6 En prisión u otra institución
- 7 Empleo Protegido/empleo no competitivo
- 8 Otro (especifique) _____
- * No Aplica

Las siguientes preguntas se refieren a los últimos 30 días.

En los últimos 30 días...

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

--	--

Número de Cigarrillos

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

--	--

Número de Días

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

--	--

Número de Días

29. ¿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

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

Número de Veces

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

Número de Noches

32. ¿Cuántos días acudió a la sala de emergencia para usted mismo? (Si ninguna, ingrese 0.)

Número de Días

33. ¿Alguien lo lastimó físicamente?

1 Sí
0 No

34. ¿Dónde vivió la mayoría parte del tiempo? (Marque sólo una.)

10 Residencia Privada – Vida Independiente (Solo, con amigos, un(a) esposo(a), o miembros de familia)

11 Residencia Privada- Vida Dependiente (Dependiente de Asistencia de Otras Personas en este lugar de residencia.)

3 Ámbito Institucional (Asilo, hospital, etc.)

4 Cárcel o facilidad correccional

5 Desamparado/viviendo en un alojo de desamparados

12 Hogar Adoptivo

13 Cuido Residencial (Hogar en grupo, centro de rehabilitación, etc.)

14 Residencia de Crisis (Un programa residencial con límite de tiempo)