

Tennessee Outcomes Measurement System (TOMS) Full Youth Mental Health Survey (Y003 v. 1.3) (Spanish)

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

Agency ID:				Clinic ID:				Clinician ID:									
Consumer ID:																	
	–																
											Last Name:						
											(first 5 letters only)						

Survey Completion Date:			/			/					/			/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/					/		
-------------------------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--

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 solitario.	1	2	3	4	5
4. Tuve pensamientos de terminar con mi 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. Fué difícil concentrarme.	1	2	3	4	5
12. Personas me dijeron que debí prestart más atención.	1	2	3	4	5
13. Personas me dijeron que hablé mucho.	1	2	3	4	5
14. Personas me dijeron que interrumpí.	1	2	3	4	5
15. Tuve dificultad en sentarme quieto.	1	2	3	4	5
16. Me rehusé a seguir las direcciones.	1	2	3	4	5
17. Hice daño a la propiedad de otra persona.	1	2	3	4	5
18. Mentí.	1	2	3	4	5
19. Le grité a alguien cuando estaba enojado.	1	2	3	4	5
20. Amenacé con hacerle daño físico a otra persona.	1	2	3	4	5
21. Me envolví en peleas físicas.	1	2	3	4	5

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

1 ☐ Sí

0 ☐ No

	Nunca	Rara-mente	Algunas veces	Frecuen-temente	Siempre	No Aplica
En los últimos 7 días...						
23. Mis medicamentos me ayudaron.	1	2	3	4	5	*
24. Tomé mis medicamentos de la manera que me los recetaron.	1	2	3	4	5	*

25. ¿Asistió usted a la escuela en cualquier momento DURANTE LOS PASADOS 90 DIAS (3 meses)?

1 ☐ Sí

Todas las siguientes preguntas se refieren a **los últimos 30 días**.

0 ☐ No

En los últimos 30 días...

26. ¿Cuántos días fue marcado ausente de la escuela por motivo de problemas emocionales o de comportamiento? (Si ninguno ingrese 0; si no estuvo matriculado en la escuela favor de marcar "No Aplica.")

Número de Días

* ☐ No Aplica

27. ¿Cuántos días estuvo ausente de la escuela por motivo de suspensión o expulsión? (Si ninguno ingrese 0; si no estuvo matriculado en la escuela favor de marcar "No Aplica.")

Número de Días

* ☐ No Aplica

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

Número de Cigarrillos

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

Número de Días

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

Número de Días

31. ¿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

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

Número de Veces

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

10 ☐ Residencia Privada- con familia/familiares o no familiares

6 ☐ Ámbito Institucional (asilo, hospital, etc.)

7 ☐ Cárcel/ facilidad correccional/centro de detención/campamento de entrenamiento militar

8 ☐ Desamparado/viviendo en un alojamiento de desamparados

3 ☐ Hogar Adoptivo

11 ☐ Cuido Residencial (Hogar en Grupo, centro de rehabilitación, etc.)

12 ☐ Residencia de Crisis (Un programa residencial con límite de tiempo)