

Spanish Translated BSAP Questionnaire

CUESTIONARIO BSAP

Programa de Asesoramiento en Gravedad de Comportamiento

Entrevistador: _____
Nombre de la Agencia: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Fax: _____
Email: _____ Fecha de la entrevista: _____

Primer Nombre del Cliente _____

Segundo Nombre _____

Apellido _____

Social Security #: - -

Date of Birth: / /

Gender (M/F):

Client ID | Identificación del Cliente (14 dígitos)

INSTRUCTIONS

1. Leave no blanks. Where appropriate code items:
Y-Yes
N-No
X-Question not applicable
Z-Question not answered
Use only one character per item.
2. Space is provided after sections for additional comments.

SEVERITY RATINGS

The severity ratings are interview estimates of the patient's need for additional treatment in each area. The scales range from 0 (no treatment necessary) to 9 (treatment needed to intervene in life-threatening situations). Each rating is based upon the patient's history of problem symptoms, present condition and subjective assessment of the patient's treatment needs in a given area.

DISCLAIMER: The Spanish Translation of the AccuCare BSAP Questionnaire (the "Document") is based on the AccuCare BSAP instrument (software and the written questionnaire). The AccuCare BSAP instrument is owned and protected by the software license agreement, and intended to be read in English. Translation is provided by a party not employed by Orion. Translation may be imprecise and inaccurate in whole or in part. Intent to assess may be compromised by this translation. Therefore, you assume all risk, liability, and responsibility for any use of this Document. While reasonable efforts are made to provide a translation, no liability and no responsibility are assumed by either Orion or third-party translators for any errors, omissions, or ambiguities in the translations. Translations provided on this Document are provided as a convenience and are free to use.

GENERAL INFORMATION

G1. Client ID | **Identificación del Cliente (14 dígitos):**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

G2. Social Security #: **(Seguro Social)**

				-			-				
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

G3. Provider #:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

G4. Medicaid number | **Numero del Medicaid:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

G5. Medicare number | **Numero del Medicare:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

G6. MHID number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

G7. Presenting problems (as seen by client):
(Presentación del problema (de acuerdo a observaciones del cliente))

A. Onset | **Inicio:**

B. Frequency | **Frecuencia:**

C. Severity | **Gravedad:**

D. Reasons for securing services at this time | **Razones para asegurar servicios en este momento:**

G8. Date of Admission:
(Fecha de Admisión)

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

G9. Date of Interview:
(Fecha de la entrevista)

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

G10. Time Begun:
(Hora que empezó la entrevista)

		:		
--	--	---	--	--

G11. Who referred you for an evaluation?
(¿Quién lo refirió a esta evaluación?)

- 1-Attorney | **Abogado**
- 2-Probation/Parole Officer | **Oficial de libertad condicional o vigilada**
- 3-Presentence Investigator | **Investigador antes de sentencia**
- 4-Self | **Yo mismo**
- 5-Judge or Court | **Juez o Corte (tribunal)**
- 6-Other | **Otro**

G12. Referral source's name
(Nombre de Procedencia de la preferencia)

Address _____

Address _____

City, state, zip _____

Phone #: (____) _____ - _____
(Teléfono)

G13. By when do you need this assessment?
(Para cuando necesita esta evaluación)

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

G14. Why are you receiving this assessment (1-6)?
(¿Porque esta recibiendo esta evaluación (1-6))

- | | |
|---|---|
| 1-OWI or DWI | 4-Other criminal arrest
(Otro arresto criminal) |
| 3-Court ordered
(Ordenado por la Corte) | 5-Self interest
(Interés personal) |
| 3-Attorney recommended
(Recomendado por el abogado) | 6-Other
(Otro) |

G15. BAC:

--	--	--

G16. By whom was it ordered (1-4)?
(¿Quién ordeno la evaluación)

- | | |
|---|---|
| 1-Judge
(Juez) | 3-Presentence
(Antes de Sentencia) |
| 2-Probation
(Oficina de libertad condicional) | 4-Parole
(Oficina de libertad vigilada) |

G17. Specify other: _____

G18. Class | **Clase:**

- | | |
|------------------------------|-------------------------------------|
| 1-Intake
(Inicial) | 2-Follow-up
(Seguimiento) |
|------------------------------|-------------------------------------|

G19. Contact Code | **Código de contacto:**

- | | |
|------------------------------------|---------------------------|
| 1-In person
(En persona) | 3-Mail
(Correo) |
| 2-Phone
(Teléfono) | |

G20. Interviewer's initials:

--	--	--

G21. Gender | **Sexo**

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| M-Male
(Masculino) | F-Female
(Femenino) |
|------------------------------|-------------------------------|

G22. How did this interview end? | **¿Como termino esta entrevista?**

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1-Terminated
(Completada) | 3-Unable to respond
(Sin responder) |
| 2-Refused
(Se negó) | X-Not applicable
(No aplicable) |

G23. Client's | **Ciente:**

_____	_____	_____
First name (Nombre)	Middle name (Apellido)	Last name (Segundo Nombre)

Address (**Dirección**) _____

Address _____

City (Ciudad) _____ State (Estatua) _____ Zip (Codigo) _____
 Phone number: (Teléfono) [][][] - [][][] - [][][][][]

G24. How long have you lived at this address?
 (¿Cuanto lleva viviendo en esta dirección?)

Years | Años [][] Months | Meses [][]

G25. Is this address owned by you or your family (Y/N)?
 (¿Esta dirección es propiedad de usted o su familia (Si o No)?)

G26. Date of birth | Fecha de Nacimiento: [][] / [][] / [][][]

G27. Of what race do you consider yourself?
 (¿De que raza se considera?)

- | | |
|---|---|
| 1-White
(Blanca) | 6-Hispanic-Mexican
(Hispano-Mexicano) |
| 2-Black
(Africano-Americano) | 7-Hispanic-Puerto Rican
(Hispano-Puerto Riqueño) |
| 3-American Indian
(Indio-Americano) | 8-Hispanic-Cuban
(Hispano-Cubano) |
| 4-Alaskan Native
(Nativo de Alaska) | 9-Other Hispanic
(Otro Hispano) |
| 5-Asian or Pacific Islander
(Asia o de las Islas del Pacifico) | |

G27a. What ethnic group do you consider yourself part of?
 (¿De que grupo étnico se considera usted que sea parte?) _____

G28. Religious preference | Preferencia religiosa:
 1-Protestant | Protestante 4-Islamic | Islámica
 2-Catholic | Católica 5-Other | Otro
 3-Jewish | Judío 6-None | Ninguna

G29. Specify other religion: _____
 (Especificar otra religión)

G29a. Are you currently practicing this religion (Y/N)?
 (¿Actualmente practica esta religión (Si o No)?)

G29b. What was the religious preference in the household
 where you were raised? | ¿Cual era la religión de preferencia en su
 hogar cuando era un niño/a?

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| 1-Protestant Protestante | 4-Islamic Islámica |
| 2-Catholic Católica | 5-Other Otro |
| 3-Jewish Judío | 6-None Ninguna |

G30. Have you been in a controlled environment in the past 30 days?
 (¿Ha estado en un sitio controlado en los últimos 30 días?)

- | | |
|--|---|
| 1-No
(No) | 4-Medical treatment
(Tratamiento medico) |
| 2-Jail
(Cárcel) | 5-Psychiatric treatment
(Tratamiento Psiquiátrico) |
| 3-Alcohol or drug treatment
(Tratamiento de Alcohol o drogas) | 6-Other
(Otro) |
- Specify Other | Especificar Otro: _____

How many days? | ¿Cuántos días? [][]

G31. Are you or have you ever been in the following branches of military?
 (¿Es usted o ha estado en algunas de las siguientes ramas militares?)

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| 1-Air Force
(Fuerza Aérea) | 4-Navy
(Naval) |
| 2-Army
(Armada) | 5-Coast Guard
(Guarda Costa) |
-

3-Marines (Marinos) 6-None (Ninguno)

G32. Dates of service: (Fechas de Servicio) [][][][] / [][][][] to [][][][] / [][][][]

G33. Highest rank: _____
 (Rango más alto)

G34. Type of discharge | Clase de Descarga
 0-Active duty (Servicio Activo) 3-Administrative (Administrativo)
 1-Honorable (Honorable) 4-Medical (Medico)
 2-Dishonorable (Deshonroso)

G35. Were you ever involved in combat (Y/N)?
 (¿Alguna vez participo en combate (Si o No)?)

COMMENTS FOR GENERAL AREA: _____

MEDICAL STATUS

M1. How many times in your life have you been hospitalized for medical problems? (Include ODs, DTs, exclude detox)
(¿Cuántas veces en su vida ha sido hospitalizado/a por razones medicas? (Incluya Sobredosis (ODs), (DTs), excluya (detox) Desintoxicaci))

M2. How long ago was your last hospitalization for a physical problem?
(¿Cuándo hace que fue la ultima hospitalización por un problema físico?)
Years | Años Months | Meses

M2a. What was it for? _____
(¿Porque razón?)

M3. Do you have any chronic medical problems which continue to interfere with your life (Y/N)?
(¿Tiene algún problema medico crónico que sigue interfiriendo con su vida (Si/No)?)

M3a. Specify | Especificar _____

M3b. Age at onset of chronic illness:
(¿Edad cuando empezó la enfermedad crónica?)

M4. Did you have any other chronic medical problems as a child (Y/N)?
(¿Tubo otro problema medico crónico de niño/a (Si/No)?)

M4a. Specify | Especificar _____

M4b. Age at onset of that other childhood chronic illness:
(Edad cuando empezó la otra enfermedad crónica)

M5. Number of months pregnant? | ¿Numero de meses de embarazo?

M6. Are you taking any prescribed medication on a regular basis for a physical problem (Y/N)?
(Esta tomando regularmente algún medicamento prescrito para algún problema físico (Si/No)?)

M6a. What is it? | ¿Que es? _____

M6b. What is it for? | ¿Para que es? _____

M7. Do you receive financial compensation (pension, disability, etc.) for a physical disability (Y/N)?
(¿Recibe compensación financiera (pensión, discapacidad, etc.) por una discapacidad física (Si/No)?)

M7a. Specify | Especificar _____

M8. How many days have you experienced medical problems in the past 30 days?
(¿Cuántos días ha experimentado problemas médicos en los últimos 30 días?)

ASK THE CLIENT TO USE THIS SCALE TO RATE THE NEXT TWO QUESTIONS | DIGALE AL CLIENTE QUE USE ESTA ESCALA PARA CALIFICAR LAS 2 PREGUNTAS SIGUIENTES

0-NOT AT ALL | NADA 3-CONSIDERABLY | CONSIDERABLEMENTE
1-SLIGHTLY | UN POCO 4-EXTREMELY | EXTREMADAMENTE
2-MODERATELY | MODERADAMENTE

M9. How troubled or bothered have you been by these medical problems in the past 30 days? | ¿Que tanto preocupación o molestia le han dado estos problemas médicos en los últimos 30 días?

M10. How important to you now is treatment for these medical problems? | ¿Que tan importante es para usted en este momento, el tratamiento medico para estos problemas médicos?

THE QUESTIONS BELOW ARE TO BE ANSWERED BY THE INTERVIEWER ONLY

INTERVIEWER SEVERITY RATING

M11. How would you rate the client's need for medical treatment (0-9)?

CONFIDENCE RATINGS

Is the Medical Status information significantly distorted by:

M12. Patient's misrepresentation (Y/N)?

M13. Patient's inability to understand (Y/N)?

COMMENTS FOR MEDICAL AREA: _____

EMPLOYMENT/SUPPORT STATUS

- E1. Education completed (GED = 12 years):
(Educación completada (GED = 12 Años))
- Years | Años Months | Meses
- E2. Training or technical education completed: Months | Meses
(Entrenamiento o Educación Técnica completada)
- E3. Do you have a profession, trade or skill (Y/N)?
(¿Tiene una profesión, oficio, o arte (Si/No)?)
Specify | Especificar: _____
- E4. Do you have a valid driver's license (Y/N)?
(¿Tiene Licencia de Conducir valida (Si/No)?)
- E5. Do you have an automobile available for your use (Y/N)?
¿Tiene un auto disponible para su uso (Si/No)?
(Answer "no" if no valid driver's license)
- E6. How long was your longest full-time job?
(¿Cual fue la duración de su empleo mas largo?)
- Years | Años Months | Meses
- E7. Usual (or last) occupation | Ocupación usual o última
- 1a. Higher Executives | Ejecutivos Superiores
1b. Large Proprietor (Value more than \$180,000) | Propietario Mayor
1c. Major Professionals | Profesionales Mayores
2a. Business Managers | Gerentes de Negocios
2b. Proprietors of Medium-Sized Businesses | Propietarios de Negocios de tamaño mediano
3a. Administrative Personnel | Personal Administrativo
3b. Proprietors of Small Businesses (<\$55,000) | Propietarios de Negocios Pequeños
3c. Minor Professionals | Profesionales Menores
3d. Farmers (owners \$41,000-\$60,000) | Agricultores (dueños \$41,000-\$60,000)
4a. Clerical and Sales Workers | Personal de oficina y Ventas
4b. Technicians | Técnicos
4c. Proprietors of Little Business (<\$10,000) | Propietarios de Negocios Pequeños
4d. Farmers (Owners \$21,000-\$40,000) | Agricultores (Dueños \$21,000 - \$40,000)
5a. Skilled Manual Employees and Small Farmers | Empleados Manuales Calificados y Agricultores pequeños
5b. Small Farmers (Owners <\$20,000) | Agricultores Pequeños (Dueños <\$20,000)
6a. Machine Operators and Semi-Skilled Employees | Operadores de Maquinas y Trabajadores Semi Calificados
6b. Small Farm Tenants | Inquilino de Granja Pequeña
7. Unskilled Employees | Empleados No Calificados
Specify | Especificar: _____
- E8. Does someone contribute to your support in any way (Y/N)?
(¿Alguien contribuye para su soporte de alguna forma (Si/No)?)
- E8a. Specify | Especificar: _____
- E8b. Does this constitute the majority of your support (Y/N)?
(¿Ese soporte constituye la mayoría de su soporte (Si/No)?)
- E9. Employment status | Estado de su Empleo:
- 1-Full-time (35+ hrs/wk) (Tiempo Completo (35+ hrs/Sem))
2-Part-time (reg. hrs.) (Medio Tiempo (reg. hrs.))
3-Part-time (irreg., daywork) (Medio Tiempo (irreg., a diario))
4-Student (Estudiante)
5-Service (Servicio)
6-Retired/Disability (Retirado/Discapacitado)
7-Unemployed (Desempleado)
8-In controlled environment (En un sitio controlado)
- E10. At what age did you first start regular work?
(¿A que edad empezó a trabajar?)

- E11. Usual type of work as an adolescent
(Trabajo usual durante la adolescencia)
- 1-Full-time (35+ hrs/wk) (Tiempo Completo (35+ hrs/Sem))
2-Part-time (reg. hrs.) (Medio Tiempo (reg. hrs.))
3-Part-time (irreg., daywork) (Medio Tiempo (irreg., a diario))
4-Student (Estudiante)
5-Service (Servicio)
6-Retired/Disability (Retirado/Discapacitado)
7-Unemployed (Desempleado)
8-In controlled environment (En un sitio controlado)
- E12. How many days were you paid for working in the last 30?
(¿Cuántos días le pagaron por trabajar en los últimos 30 días?)
- E13. How much money did you receive from the following sources in the past 30 days | Cuanto dinero recibió de las siguientes Fuentes en los últimos 30 días: _____
- E13a. Employment (net income) | Empleo (ingreso neto)
- E13b. Unemployment compensation: (Beneficios de Desempleo)
- E13c. Welfare | Asistencia Pública
- E13d. Pension, benefits or social security: (Pensión, beneficios o Seguro Social)
- E13e. Mate, family or friends: (Compañero/a, familia, o amistades)
- E13f. Illegal | Ilegal
- E14. What was our gross income last year?
(¿Cuales fueron sus ingresos totales el año pasado?)
- E15. How many people depend on you for the majority of their food, shelter, etc.?
(¿Cuántas personas dependen de usted para la mayoría de la alimentación, vivienda, etc.?)
- E16. How many days have you experienced employment problems in the past 30?
(¿Cuántos días ha experimentado problemas con su empleo en los últimos 30 días?)

ASK THE CLIENT TO USE THIS SCALE TO RATE THE NEXT TWO QUESTIONS | DIGALE AL CLIENTE QUE USE ESTA ESCALA PARA CALIFICAR LAS 2 PREGUNTAS SIGUIENTES

- 0-NOT AT ALL | NADA 3-CONSIDERABLY | CONSIDERABLEMENTE
1-SLIGHTLY | UN POCO 4-EXTREMELY | EXTREMADAMENTE
2-MODERATELY | MODERADAMENTE
- E17. How troubled or bothered have you been by these employment problems in the past 30 days?
(¿Que tanto preocupación o molestia le han dado estos problemas de empleo en los últimos 30 días?)
- E18. How important to you now is counseling for these employment problems?
(¿Que tan importante es para usted en este momento, conserjería para estos problemas del empleo?)

THE QUESTIONS BELOW ARE TO BE ANSWERED BY THE INTERVIEWER ONLY

INTERVIEWER SEVERITY RATING

E19. How would you rate the patient's need for employment counseling (0-9)?

CONFIDENCE RATINGS

Is the Employment/Support Status information significantly distorted by:

E20. Patient's misrepresentation (Y/N)?

E21. Patient's inability to understand (Y/N)?

COMMENTS FOR EMPLOYMENT AREA: _____

DRUG/ALCOHOL USE

D1. What age did you first try alcohol or drugs?
 (¿A que edad probó el alcohol o las drogas?)

D1a. What was it? | ¿Que era? _____

Code | Códigos:

1. Age at 1st Use | Edad cuando uso por primera vez
2. # Days Past 30 | Numero de días en los últimos 30
3. # Yrs in Lifetime | Numero de Años en su vida
4. Route of Administration | Forma de uso
5. Date of Last Use | Fecha de la última vez que uso

Month/Yr
Mes/Año

English	Spanish	1	2	3	4	5
D2. Alcohol (Any use at all)	Alcohol (Cualquier uso)					/
D3. Alcohol (To Intoxication)	Alcohol (hasta intoxicación)					/
D4. Heroin	Heroína					/
D5. Methadone	Metadona					/
D6. Other Opiates/analgesics	Otro Opiáceos/ analgésicos					/
D7. Barbituates	Barbitúricos					/
D8. Other Sedatives/Hypnotics/Tranquilizers	Otros Sedativos, Hipnóticos, tranquilizantes					/
D9. Cocaine	Cocaína					/
D10. Amphetamines	Anfetaminas					/
D11. Cannabis	Maijuana					/
D12. Hallucinogens	Alucinógenos					/
D13. Inhalants	Inhalantes					/
D14. More than 1 substance per day (including alcohol)	Mas de 1 Sustancia por día incluyendo alcohol					/

Route of Administration | Forma de Uso

- | | |
|---------------------|--|
| 1-Oral Oral | 4-Non-IV Injection Inyección no entre venosa |
| 2-Nasal Nasal | 5-IV Injection Inyección entre venosa |
| 3-Smoking Fumando | |

D15. Have you ever used a needle to administer any of these drugs (Y/N)?
 (¿Alguna vez ha utilizado una jeringa para el uso de estas drogas (Si/No)?)

D16. Are you an I.V. drug user (Y/N)?
 (Usted usa inyección entre venosa (Si/No)?)

D17. According to the interviewer, which substance(s) are the major problem?
 (¿De acuerdo al entrevistante, cuales son las sustancias de mayor problema?)

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 00-No problem (No hay problema) | 08-Cocaine (Cocaína) |
| 01-Alcohol (Alcohol) | 09-Amphetamines (Anfetaminas) |
| 02-Alcohol to intox. | 10-Cannabis |

- | | |
|---|--|
| (Alcohol hasta intoxicación) | (Marihuana) |
| 03-Heroin (Heroína) | 11-Hallucinogens (Alucinógenos) |
| 04-Methadone (Metadona) | 12-Inhalants (Inhalantes) |
| 05-Opiates/analgesics (Opiáceos/analgésicos) | 15-Alcohol & one or more drugs (Alcohol y una droga más) |
| 06-Barbiturates (Barbitúricos) | 16-More than one drug (Mas de una droga) |
| 07-Other sed/hyp/tranq (Otro sedativo, hipnótico, Tranquilizante) | |

D17a. (Optional) According to the patient, which substance(s) are the major problem? | De acuerdo al paciente, cuales sustancias causan el mayor problema? (Use codes in question D17)

D18. How long was your last period of voluntary abstinence from this major substance (substance identified in D-17)? | ¿Cuanto tiempo duro su ultimo periodo de abstinencia voluntaria de la sustancia que causa este problema mayor (sustancia identificada en D-17)?

(00-never abstinent) | (00-Nunca abstinencia) Months

D19. How many months ago did this abstinence end? (Hace cuantos meses que esta abstinencia termino?)

(00-never abstinent) | (00-Nunca abstinencia)

How many times have you | Cuantas veces ha tenido:

D20. Had alcohol DTs? | ¿Desintoxicación de Alcohol?

D21. Overdosed on drugs? | ¿Overdoses de drogas?

How many times in your life have you been treated for | Cuantas veces en su vida ha sido tratado por:

D22. Alcohol abuse? | ¿Abuso de Alcohol?

D23. Drug abuse? | ¿Abuso de Drogas?

How many of these were for detox only | Cuantas fueron para desintoxicación solamente:

D24. Alcohol? | ¿Alcohol?

D25. Drug? | ¿Droga?

D26. How long ago were you last in treatment? (¿Cuanto hace que estuvo en tratamiento por última vez?)
 Years | Años Months | Meses

D27. Name of Center _____ (Nombre del Centro)

D28. Address | Dirección _____

D29. Type of treatment | Clase de Tratamiento
 1-Inpatient | Hospitalización 2-Outpatient | Paciente externo

D30. How long did it last? | ¿Cuanto duro? Days | Días

D31. Did you complete it successfully (Y/N)? (¿Lo completo con éxito (Si/No)?)

D32. Have you been evaluated for alcohol or drugs before today (Y/N)? (¿Ha sido evaluado para el alcohol o las drogas antes de hoy (Si/No)?)

D33. Where | **Donde** _____

When | **Cuando**

/ /

How much money would you say you spent during the past 30 days on the following? | **Cuanto dinero diría usted que ha gastado en los últimos 30 días en lo siguiente?**

D34. Alcohol? | **¿Alcohol?** \$

D35. Drugs? | **¿Drogas?** \$

D36. Do you receive any financial compensation for a drug or alcohol disability (include SSI/SSDI) (Y/N)?
(**¿Recibí alguna compensación financiera por alguna discapacidad de droga o alcohol (incluya SSI/SSDI) (Si/No)?**)

D37. How many days have you been treated as an outpatient for alcohol or drugs in the past 30 days (include AA & NA)?
(**¿Cuantos días ha sido tratado como paciente externo por las drogas o alcohol en los últimos 30 días (incluya AA & NA)?**)

D38. (*Optional*) How many days have you been treated as an inpatient for alcohol or drugs in the past 30 days?
(**Cuantos días ha sido tratado como paciente interno por las drogas o alcohol en los últimos 30 días?**)

How many days in the past 30 have you experienced | **Cuantos días en los últimos 30 días ha experimentado:**

D39. Alcohol problems? | **¿Problemas de Alcohol?**

D40. Drug problems? | **¿Problemas de Droga?**

ASK THE CLIENT TO USE THIS SCALE TO RATE THE NEXT TWO QUESTIONS | **DIGALE AL CLIENTE QUE USE ESTA ESCALA PARA CALIFICAR LAS 2 PREGUNTAS SIGUIENTES**

0-NOT AT ALL | **NADA** 3-CONSIDERABLY | **CONSIDERABLEMENTE**
1-SLIGHTLY | **UN POCO** 4-EXTREMELY | **EXTREMADAMENTE**
2-MODERATELY | **MODERADAMENTE**

How troubled or bothered have you been in the past 30 days by these | **Que tanta preocupación o molestia ha tenido en los últimos 30 días debido a lo siguiente:**

D41. Alcohol problems? | **¿Problemas de Alcohol?**

D42. Drug problems? | **¿Problemas de Droga?**

How important to you now is treatment for these | **Que tan importante es para usted en este momento el tratamiento para:**

D43. Alcohol problems? | **¿Problemas de Alcohol?**

D44. Drug problems? | **¿Problemas de Droga?**

THE QUESTIONS BELOW ARE TO BE ANSWERED BY THE INTERVIEWER ONLY

INTERVIEWER SEVERITY RATING

How would you rate the client's need for treatment for (0-9):

- D45. Alcohol Problems?
- D46. Drug Problems?

CONFIDENCE RATINGS

Is the Drug/Alcohol Status information significantly distorted by:

- D47. Patient's misrepresentation (Y/N)?
- D48. Patient's inability to understand (Y/N)?

COMMENTS FOR DRUG/ALCOHOL AREA: _____

LEGAL STATUS

L1. Was this admission prompted or suggested by the criminal justice system (judge, probation/parole officer, etc.) (Y/N)?
 (¿La admisión fue generada por o sugerida por el sistema de justicia criminal (juez, oficial de libertad condicional o vigilada, etc.) (Si/No)?)

L2. Are you on probation or parole? | ¿Esta bajo libertad condicional o vigilado/a?

- 0-Neither | Ninguna
- 1-Probation | Libertad condicional
- 2-Parole | Libertad vigilada

L3-L16: Code | Código:

1. How many times in your life have you been arrested and charged with following? | ¿Cuántas veces en su vida ha sido arrestado y acusado de lo siguiente?
2. Under the influence at the time? | ¿Bajo influencia de droga o alcohol?

English	Spanish	1	2
L3. Shoplifting/vandalism/theft?	¿Robo de tienda/ Vandalismo/ Robo?		
L4. Parole/probation violations?	¿Violación de libertad condicional o vigilada?		
L5. Drug charges?	¿Acusación de Drogas?		
L6. Forgery?	¿Falsificación?		
L7. Weapons offense?	¿Armas de Ofensa?		
L8. Burglary/larceny/B&E?	¿Robo/ Hurto/ B+E?		
L9. Robbery?	¿Robo?		
L10. Assault?	¿Asalto?		
L11. Arson?	¿Incendio Provocado?		
L12. Rape/sex-related crimes?	¿Violación, delitos relacionados con el sexo?		
L13. Homicide/manslaughter?	¿Homicidio/ Homicidio no Intencional?		
L14. Prostitution?	¿Prostitucion?		
L15. Contempt of court?	¿Desacato al tribunal?		
L16. Other?	¿Otro?		

L17. How many of these charges resulted in convictions?
 (¿De estas acusaciones, cuantas resultaron en convicciones?)

How many times in your life have you been charged with | Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:

L18. Disorderly conduct? | ¿Conducta Desordenada?

Vagrancy? | Vagancia

Public intoxication? | Intoxicación Publica

L19. Driving while intoxicated? | ¿Conduciendo en estado de intoxicación?

L20. Major driving violations?
 (¿Violaciones de conducción mayores?)

L21. MIP (minor in possession)?
 (¿Menor de edad en posesión (MIP)?)

L22. How many month(s) were you incarcerated in your life?
 (¿Cuántos meses ha estado encarcelado en su vida?)

L23. How long was your last incarceration? Months | Meses
 (¿Cuanto duro su ultimo encarcelamiento?)

L24. What was it for? | ¿Porque Razón?

- | | |
|---|---|
| 03. Shoplifting/vandalism/theft ¿Robo de tienda/ Vandalismo/ Robo? | 12. Rape/sex related crimes ¿Violación, delitos relacionados con el sexo? |
| 04. Parole/probation violation ¿Violación de libertad condicional o vigilada? | 13. Homicide/manslaughter ¿Homicidio/ Homicidio no Intencional? |
| 05. Drug charges ¿Acusación de Drogas? | 14. Prostitution ¿Prostitucion? |
| 06. Forgery ¿Falsificación? | 15. Contempt of court ¿Desacato al tribunal? |
| 07. Weapons offense Armas de Ofensa? | 16. Other ¿Otro? |
| 08. Burglary/larceny/B&E ¿Robo/ Hurto/ B+E? | 18. Disorderly conduct, vagrancy Conducta desordenada, vagancia |
| 09. Robbery ¿Robo? | 19. Driving while intoxicated Conduciendo en estado de intoxicación |
| 10. Assault ¿Asalto? | 20. Major driving violations ¿Violaciones de conducción mayores? |
| 11. Arson ¿Incendio Provocado? | |

L25. Are you presently awaiting charges, trial or sentencing (Y/N)?
 (¿Esta actualmente en espera de acusaciones, juicio, o sentencia?)

For what? | Porque Razón? _____

L26. How old were you when you were first arrested?
 (¿Que edad tenia cuando fue arrestado por primera vez?)
 (00 if never arrested)

L26a. What was your first arrest for? | ¿De que fue su primer arresto?
 (Use codes 03-16, 18-20; 00 if never arrested)

- | | |
|---|---|
| 03. Shoplifting/vandalism/theft ¿Robo de tienda/ Vandalismo/ Robo? | 12. Rape/sex related crimes ¿Violación, delitos relacionados con el sexo? |
| 04. Parole/probation violation ¿Violación de libertad condicional o vigilada? | 13. Homicide/manslaughter ¿Homicidio/ Homicidio no Intencional? |
| 05. Drug charges ¿Acusación de Drogas? | 14. Prostitution ¿Prostitucion? |
| 06. Forgery ¿Falsificación? | 15. Contempt of court ¿Desacato al tribunal? |
| 07. Weapons offense Armas de Ofensa? | 16. Other ¿Otro? |
| 08. Burglary/larceny/B&E ¿Robo/ Hurto/ B+E? | 18. Disorderly conduct, vagrancy Conducta desordenada, vagancia |
| 09. Robbery ¿Robo? | 19. Driving while intoxicated Conduciendo en estado de intoxicación |
| 10. Assault ¿Asalto? | 20. Major driving violations ¿Violaciones de conducción mayores? |
| 11. Arson ¿Incendio Provocado? | |

L26b. How many months did you spend in juvenile detention centers?
 (¿Cuántos meses paso en los Centros de Detencion Juvenil?)

L27. How many days in the past 30 were you detained or incarcerated?
 (¿Cuántos días en los últimos 30 días ha sido detenido?)

L28. How many days in the past 30 have you engaged in illegal activities for profit?
 (¿Cuántos días en los últimos 30 días ha estado envuelto en actividades ilegales por ganancia?)

FAMILY HISTORY

Which of these dependencies or other personal problems have been exhibited by members of your family? (*Use the letters listed below*)

¿Cuales entre estas dependencias u otros problemas personales han sido exhibido por miembros de su familia? (*Use las letras en la lista*)

- | | |
|--|---|
| A- Alcoholism
Alcoholismo | E- Eating Disorder/Compulsive Overeater
Desordenes de alimentación/comensal |
| D- Illegal Drug dependence
Dependiente de droga ilegal | C- Suicide
Suicidio |
| P- Prescription Drug Dependence
Dependencia de drogas prescritas | W- Workaholic
Adición a trabajar |
| T- Cigarette Smoker
Fumador de Cigarrillos | V- Violence or Frequent Rages
Violencia o cóleras frecuentes |
| G- Compulsive Gambler
Jugador compulsivo | M- Mental Illness
Enfermedad Mental |
| S- Sexual Addiction
Adicto Sexual | |

Mother's Side / Lado Maternal

- | | |
|------------------------------|----------------------|
| H1. Grandmother
(Abuela) | <input type="text"/> |
| H2. Grandfather
(Abuelo) | <input type="text"/> |
| H3. Mother
(Madre) | <input type="text"/> |
| H4. Aunt/Uncle
(Tía /Tío) | <input type="text"/> |
| H5. Aunt/Uncle
(Tía /Tío) | <input type="text"/> |
| H6. Aunt/Uncle
(Tía /Tío) | <input type="text"/> |

Father's Side / Lado Paternal

- | | |
|-------------------------------|----------------------|
| H7. Grandmother
(Abuela) | <input type="text"/> |
| H8. Grandfather
(Abuelo) | <input type="text"/> |
| H9. Father
(Madre) | <input type="text"/> |
| H10. Aunt/Uncle
(Tía /Tío) | <input type="text"/> |
| H11. Aunt/Uncle
(Tía /Tío) | <input type="text"/> |
| H12. Aunt/Uncle
(Tía /Tío) | <input type="text"/> |

Your Family / Su Familia

- | | |
|---|----------------------|
| H13. Former Spouse/
Partner
(Espos/a anterior/companero/a) | <input type="text"/> |
| H14. Spouse or Partner
(Espos/a anterior/companero/a) | <input type="text"/> |
| H15. Yourself
Usted | <input type="text"/> |
| H16. Brother/Sister
Hermano/a | <input type="text"/> |

H17. Brother/Sister
Hermano/a

H18. Brother/Sister
Hermano/a

Your Children / Sus Niños

H19. Child #1
Hijo/a

H20. Child #2
Hijo/a

H21. Child #3
Hijo/a

H22. Child #4
Hijo/a

H23. Child #5
Hijo/a

H24. Child #6
Hijo/a

Additional Family Members / Miembros de la Familia Adicional:

- | | |
|-----------------------------------|----------------------|
| H25. Specify Especificar | <input type="text"/> |
| H26. Specify Especificar | <input type="text"/> |
| H27. Specify Especificar | <input type="text"/> |
| H28. Specify Especificar | <input type="text"/> |
| H29. Specify Especificar | <input type="text"/> |
| H30. Specify Especificar | <input type="text"/> |

How many siblings do you have? | **Cuantos hermanos/as Tiene?**

H31. Brothers | **Hermanos**

H32. Sisters | **Hermanas**

COMMENTS FOR FAMILY HISTORY AREA: _____

FAMILY/SOCIAL RELATIONSHIPS

F1. Marital status | **Estado Civil**

- 1-Married | **Casado/a** 4-Seperated | **Separado/a**
 2-Remarried | **Vuelto a Casar** 5-Divorced | **Divorciada**
 3-Widowed | **Viudo/a** 6-Never Married | **Nunca casado/a**

F2. How long have you been in this marital status? Years | **Años**
(¿Cuanto tiempo lleva en este estado civil?)
 (If never married, then since age 18 Months | **Meses**
(Si nunca casado, entonces desde los 18 Años)

F3. Are you satisfied with this situation (0-2)?
(¿Esta satisfecho/a con esta situación?)
 0-No | **No**
 1-Indifferent | **Indiferente**
 2-Yes | **Si**

F4. (Optional) Sexual preference | **Preferencia sexual**
 1-Males | **Masculino** 4-None | **None**
 2-Females | **Femenino** 5-Other | **Otro**
 3-Both | **Juntos**

F4a. (Optional) How long have you had this preference (since age 18)?
(¿Cuanto hace que ha tenido esta preferencia: (Desde los 18 Años)?)

Years | **Años**

Months | **Meses**

F4b. Are you satisfied with this sexual preference (0-2)?
(¿Esta satisfecho con esta preferencia?)
 0-No | **No**
 1-Indifferent | **Indiferente**
 2-Yes | **Si**

F5. How many children do you have? | **¿Cuantos hijos/as tiene?**

F6. Usual living arrangements for the past three years:
(Cuales son sus arreglos de vivienda en los últimos 3 Años)

- 1-With sexual partner and children | **Con compañero sexual y los Hijos/as**
 2-With sexual partner alone | **Con compañero sexual solamente**
 3-With children alone | **Con los hijos/as solamente**
 4-With parents | **Con sus Padres**
 5-With family | **Con su familia**
 6-With friends | **Con amistades**
 7-Alone | **Solo/a**
 8-Controlled environment | **Ambiente controlado**
 9-No stable arrangements | **Ningún arreglo estable**

F7. How long have you lived in these arrangements?
(Cuanto hace que vive en este arreglo?)
 (If with family or parents, since age 18)
(Si es con familia o padres, desde los 18 Años)

Years | **Años** Months | **Meses**

F8. Are you satisfied with these arrangements? | **¿Esta satisfecho/a con este arreglo?**
 0-No | **No**
 1-Indifferent | **Indiferente**
 2-Yes | **Si**

Do you live with anyone who | **Vive con alguien que**

F9. Has a current alcohol problem (Y/N)?
(¿Tiene un problema actual con el alcohol (Si/No)?)

F10. Uses non-prescribed drugs (Y/N)?
(¿Usa drogas no prescritas (Si/No)?)

F11. With whom do you spend most of your free time?
(¿Con quien pasa la mayoría de su tiempo libre?)
 1-Family | **Familia**
 2-Friends | **Amigos/as**
 3-Alone | **Solo/a**

F12. Are you satisfied spending your free time this way?
(¿Esta satisfecho/a pasando el tiempo de esta manera?)
 0-No | **No**
 1-Indifferent | **Indiferente**
 2-Yes | **Si**

F13. How many days in the past 30 did you participate in sports?
(¿Cuantos días en los últimos 30 días participo en deportes?)

F14. How many days in the past 30 did you exercise?
(¿Cuantos días en los últimos 30 días hizo ejercicio?)

F15. How many close friends do you have?
(¿Cuantos amigos cercanos tiene?)

Would you say you have had close, reciprocal relationships with any of the following people in your life? | **¿Podría decir que ha tenido relaciones cercanas, reciprocas con las siguientes personas en su vida?**

Y-Yes N-No X-Not applicable Z-Not answered
 Y-Si N-No X-No aplicable Z-No contesto

F16. Mother | **Madre**

F17. Father | **Padre**

F18. Brothers/Sisters | **Hermano/a**

F19. Sexual Partner/Spouse | **Compañero/a Sexual/ Espos/a**

F20. Children | **Hijos/as**

F21. Friends | **Amigos**

F22. Did you ever live in any of the following situations prior to age 18?
(¿Vivió en alguna de las siguientes circunstancias antes de los 18 Años?)

Y-Yes N-No X-Not applicable Z-Not answered
 Y-Si N-No X-No aplicable Z-No contexto

1. Two-parent household | **Hogar con dos padres**

2. Single-parent household | **Hogar con un padre**

3. Extended family | **Familiares**

4. Other family, not parents | **Otra familia, no de los padres**

5. Guardians, not related | **Guardianes, no relacionados**

6. Residential schools | **Escuelas Residenciales**

7. Foster parents | **Padres de Crianza**

8. Orphanage | **Orfanato**

9. Medical/Psychiatric institutions | **Institución medica/ Psiquiatrica**

10. Correctional facility | **Penitenciario**

11. Unsupervised minor | **Menor sin supervisión**

F22a. Which environment was primary? (Use numbers from F22)
 ¿ Cual era el lugar primario? (Use las letras de F22)

F22b. How long were you in the primary living situation? | ¿Que tanto vivió en el sitio primario?
 Years | Años Months | Meses

F22c. Were you satisfied with this (0-2)? | ¿Estuvo satisfecho/a con este arreglo?
 0-No | No
 1-Indifferent | Indiferente
 2-Yes | Si

Have you had significant periods in which you have experienced serious problems getting along with | Han habido periodos significantes en los cuales experimento problemas serios en su relación con otros/as

Code | Codigo
 1- Past 30 Days | Últimos 30 días
 2- In Your Life | En toda su vida
 3- Has Alcohol/Drugs affected this relationship | El alcohol o las drogas ha afectado esta relación
 Y-Yes N-No X-Not applicable Z-Not answered
 Y-Si N-No X-No aplicable Z-No contesto

	1	2	3
F23. Mother Madre			
F24. Father Padre			
F25. Brothers/Sisters Hermanos/as			
F26. Sexual Partner/Spouse Compañero Sexual/Esposo/a			
F27. Children Hijos			
F28. *Other Significant Family Otro familiar			
F29. Close Friends Amigo cercano			
F30. Neighbors Vecinos			
F31. Co-Workers Compañeros De Trabajo			

*F28a. Specify other relative | Especificar otro familiar: _____

Did any of these people abuse you | Alguna de estas personas lo/la abuso

- | | |
|--|--|
| 00-None
Ninguno | 23-Other family
Otro/a familia |
| 18-Mother
Madre | 24-Close friends
Amigos Cercanos |
| 19-Father
Padre | 25-Neighbors
Vecinos |
| 20-Brother/Sister
Hermano/a | 26-Co-workers
Compañero/a del trabajo |
| 21-Sexual partner/Spouse
Compañero sexual/ Esposo | 27-Yes, but does not know who or chooses not to identify person
Si, pero no sabe quien o prefiere no identificar a la persona |
| 22-Children
Hijos | |

	Past 30 days En los pasados 30 días	In Your Life En toda su vida
F32. Emotionally (make you feel bad through harsh words)? Emocionalmente (le hace sentir mal)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F33. Physically (cause you physical harm)? ¿Fisicamente (le causa dano fisico)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F34. Sexually (force sexual advances or sexual acts)? Sexualmente(le fuerza acciones o actos sexuales)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

How many days in the past 30 have you had serious conflicts | En los últimos 30 días, cuantos días ha tenido conflictos serios con

F35. With your family? | ¿Su familia?

F36. With other people (excluding family)? | ¿Otras personas (excluyendo la familia)?

ASK THE CLIENT TO USE THIS SCALE TO RATE THE NEXT TWO QUESTIONS | DIGALE AL CLIENTE QUE USE ESTA ESCALA PARA CALIFICAR LAS 2 PREGUNTAS SIGUIENTES

0-NOT AT ALL | NADA 3-CONSIDERABLY | CONSIDERABLEMENTE
 1-SLIGHTLY | UN POCO 4-EXTREMELY | EXTREMADAMENTE
 2-MODERATELY | MODERADAMENTE

How troubled or bothered have you been in the past 30 days by these | Que tanto preocupación o molestia ha tenido en los últimos 30 días debido a lo siguiente

F37. Family problems? | ¿Problemas Familiares?

F38. Social problems? | ¿Problemas Sociales?

How important to you now is treatment or counseling for these | Que tanto importante es para usted tratamiento o consejería para lo siguiente

F39. Family problems? | ¿Problemas Familiares?

F40. Social problems? | ¿Problemas Sociales?

THE QUESTIONS BELOW ARE TO BE ANSWERED BY THE INTERVIEWER ONLY

INTERVIEWER SEVERITY RATING

F41. How would you rate the patient's need for family and/or social counseling (0-9)?

CONFIDENCE RATINGS

Is the Family/Social Relationships information significantly distorted by:

F42. Patient's misrepresentation (Y/N)?

F43. Patient's inability to understand (Y/N)?

COMMENTS FOR FAMILY/SOCIAL RELATIONSHIPS AREA: _____

PSYCHIATRIC STATUS

P1. How many times have you been treated for any psychological or emotional problems | ¿Cuántas veces ha sido tratado por cualquier problema psicológico o emocional?

In a hospital or inpatient setting?
 (¿En un hospital o sitio de internado?)

As an outpatient or private patient?
 ¿Como paciente externo o paciente privado?

P1a. Age when first treated for psychiatric or emotional problems:
 (¿Edad cuando fue tratado por primera vez con problemas psiquiátrico o emocional?)

P2. Do you receive financial compensation for a psychiatric or emotional disability (include pension, SSI, SSDI, etc.) (Y/N)?
 (¿Usted recibe compensación financiera por alguna discapacidad psiquiátrica o emocional (incluye pensión, SSI, SSDI, etc.) (Si/No)?)

Have you had a significant period (that was not a direct result of drug or alcohol use) in which you have | Ha tenido un periodo significativo (que no fue el resultado del uso de alcohol o droga) en el cual tuvo

Y-Yes N-No X-Not applicable Z-Not answered
 Y-Si N-No X-No aplicable Z-No contesto

- 1- Past 30 Days | Últimos 30 días
 2- Lifetime | En toda su vida

English	Spanish	1	2
P3. Experienced serious depression - sadness, hopelessness, loss of interest, difficulty with daily functioning?	¿Experimento/a depresión seria, tristeza, Falta de esperanza, perdida de interés, y dificultad con el funcionamiento diario?		
P4. Experienced serious anxiety/ tension - uptight, unreasonably worried, inability to feel relaxed?	Experimento/a ansiedad seria / tensión - demasiado preocupado, incapacidad de sentirse relajado		
P5. Experienced hallucinations - saw things or heard voices that others did not see or hear?	Experimento/a Alucinaciones - vio o escucho voces que otros no vieron o escucharon		
P6. Experienced trouble understanding, concentrating or remembering?	Experimento/a problema entendiendo, concentrándose o recordando		
P7. Experienced trouble controlling violent behavior including episodes of rage or violence?	Experimento/a problema controlando el comportamiento violento, incluyendo episodios de cólera o violencia		
P8. Experienced serious thoughts of suicide?	Experimento pensamientos serios de suicidio?		
P9. Attempted suicide?	¿Atentos de suicidio?		
P10. Been prescribed medication for any psychological/emotional problems?	¿Le han recetado medicamentos para cualquier clase de problema psicológico/emocional?		

NOTE: For questions 7-9, include incidents that occurred when the person was under the influence of substances.

MENTAL HEALTH STATUS EXAM

P11. Appearance:
 1-Neat 3-Disordered
 2-Average 4-Bizarre

P12. Motor behavior:
 1-None 4-Hyper
 2-Slow 5-Restless
 3-Average

P13. Orientation (Y/N):
 Time
 Place
 Person
 Situation

P14. Mood (Check appropriate boxes):
 Detached
 Sociable
 Happy
 Seductive
 Demanding
 Desperate
 Despair
 Sad
 Fearful
 Suspicious
 Obstinate
 Hostile
 Anxious
 Content

P15. Posture:
 1-Relaxed 3-Tense
 2-Rigid 4-Erect

P16. Speech:
 1-None 3-Disorganized
 2-Very Little 4-Rambling

P17. Quality of speech (*Check appropriate boxes*):

Average

Halting

Stuttering

Clear

Monosyllabic

Logical

Precise

Incoherent

Slow Response

Slurred

Loud

Soft

Rapid

P18. Memory Impairments:

- 1-None
- 2-Recent Events
- 3-Remote events

- 4-Preoccupation
- 5-Organic damage

P19. Intellectual functioning:

- 1-Average
- 2-Impaired

P20. Affect:

- 1-Flat
- 2-Average
- 3-Exaggerated

P21. Self Care (Y/N)?

P22. Attitude (*Check appropriate boxes*):

Cooperative

Negativistic

Guarded

Hostile

Suspicious

Superficial

Demanding

Frightened

P23. Thought content (*Check appropriate boxes*):

Delusions

Obsessions

Compulsions

Phobias

P24. Suicidal intent:

1-None

2-Ideas

3-Threat

4-Attempt

P25. Dangerousness to others:

1-None

2-Ideas

3-Threat

4-Attempt

P26. Judgment:

1-Appropriate

2-Inappropriate

P27. Select all that apply (*check boxes*):

Afraid of being harmed

Poor self-esteem

Cries often

Sleep disturbances

Lost or gained weight

Runs away

Memory poor

Drug abuse or dependency

Drinks excessively

Poor impulse control

Sees imaginary things

Hears imaginary voices

Laughs inappropriately

Seems suspicious

Fits, convulsions, seizures

Uncontrolled rages

Concentration impaired

Olfactory

P28. Insight (awareness of psychological problem):

1-Adequate

2-Inadequate

3-Distorted

Describe: _____

P29. Substance abuse | **Abuso de sustancias**

- 1-Under the influence | **Bajo la influencia**
- 2-History of DTs | **Historia de DTs**
- 3-Withdrawal symptoms | **Síntomas de abstinencia**

P30. Last substance abuse | Fecha de la última vez que uso sustancias

Date | **Fecha** / /

Time | **Hora** :
(Record time using 24-hour military clock)

P31. List substance abuse in last three months | **Lista de sustancias de abuso en los últimos 3 meses**

A. _____

B. _____

C. _____

P32. How many days in the past 30 have you experienced these psychological or emotional problems?

(¿Cuántos días en los últimos 30 días ha experimentado estos problemas psicológicos or emocionales?)

ASK THE CLIENT TO USE THIS SCALE TO RATE THE NEXT TWO QUESTIONS | **DIGALE AL CLIENTE QUE USE ESTA ESCALA PARA CALIFICAR LAS 2 PREGUNTAS SIGUIENTES**

- 0-NOT AT ALL | **NADA**
- 1-SLIGHTLY | **UN POCO**
- 2-MODERATELY | **MODERADAMENTE**
- 3-CONSIDERABLY | **CONSIDERABLEMENTE**
- 4-EXTREMELY | **EXTREMADAMENTE**

P33. How much have you been troubled or bothered by these psychological or emotional problems in the past 30 days?

(¿Que tanto preocupación o molestia le han dado los problemas psicológicos o emocionales en los últimos 30 días?)

P34. How important to you now is treatment for these psychological or emotional problems?

(Que tan importante es para usted en este momento, el tratamiento para estos problemas psicológicos o emocionales)

THE QUESTIONS BELOW ARE TO BE ANSWERED BY THE INTERVIEWER ONLY

At the time of the interview, is the patient (Y/N)?

- P35. Obviously depressed/withdrawn?
- P36. Obviously hostile?
- P37. Obviously anxious/nervous?
- P38. Having trouble with reality testing, thought disorders, paranoid thinking?
- P39. Having trouble comprehending, concentrating, remembering?
- P40. Having suicidal thoughts?

INTERVIEWER SEVERITY RATING

P41. How would you rate the patient's need for psychiatric/psychological treatment (0-9)?

CONFIDENCE RATINGS

Is the Psychiatric Status information significantly distorted by:

- P42. Patient's misrepresentation (Y/N)?
- P43. Patient's inability to understand (Y/N)?

COMMENTS FOR PSYCHIATRIC AREA: _____

SPIRITUALITY

- S1. Do you have a belief in a "God" or a "Higher Power" (Y/N)?
 (¿Cree en Dios o un "ser superior" (Si/No)?)
- S2. Concerning your spiritual life, what changes would you like help making (Y/N)? | ¿Con relación a su vida espiritual, Que cambios le gustaría ayudar a cambiar (Si/No)?
- Learning more about prayer?
 (¿Aprender mas a rezar/orar?)
- Learning more about meditation?
 (¿Aprender más acerca de la meditación?)
- Education about a particular religion?
 (¿Educación acerca de alguna religión?)
- Specify | Especificar _____
- Changing attitude toward God?
 (¿Cambiar la actitud acerca de Dios?)
- S3. Are you comfortable with your spirituality and beliefs (Y/N)?
 (¿Se siente cómodo/a con sus creencias y espiritualidad (Si/No)?)

JCAHO SUPPLEMENT

In the space below, indicate how you spent your time prior to entering treatment with us. Answer "yes" to those time periods when you usually drank or got high (50% of the time or more). | En el espacio de abajo, indique como paso su tiempo antes de empezar tratamiento con nosotros. Conteste "Si" durante esos periodos de tiempo que usualmente bebió o uso drogas (50% del tiempo o más).

A Typical Work Day | Un día típico de Trabajo

Y-Yes N-No X-Not applicable Z-Not answered
 Y-Si N-No X-No aplicable Z-No contesto

- 6-8 AM _____
- 8-10 AM _____
- 10 AM-12 PM _____
- 12-2 PM _____
- 2-4 PM _____
- 4-6 PM _____
- 6-8 PM _____
- 8-10 PM _____
- 10 PM-12 AM _____
- 12-2 AM _____
- 2-4 AM _____
- 4-6 AM _____

Document regular events such as waking, meals and sleeping. Note if there is no fixed schedule. | Documente eventos regulares como levantarse, comidas, y dormir. Explique si no hay un horario regular.

In the space below, indicate how you spent your time prior to entering treatment with us. Answer "yes" to those time periods when you usually drank or got high (50% of the time or more). | En el espacio de abajo, indique como paso su tiempo antes de empezar tratamiento con nosotros. Conteste "Si" durante esos periodos de tiempo que usualmente bebió o uso drogas (50% del tiempo o más)

A Typical Day Off | Un día de No Trabajo

Y-Yes N-No X-Not applicable Z-Not answered
 Y-Si N-No X-No aplicable Z-No contesto

- 6-8 AM _____
- 8-10 AM _____
- 10 AM-12 PM _____
- 12-2 PM _____
- 2-4 PM _____
- 4-6 PM _____
- 6-8 PM _____
- 8-10 PM _____
- 10 PM-12 AM _____
- 12-2 AM _____
- 2-4 AM _____
- 4-6 AM _____

Document regular events such as waking, meals and sleeping. Note if there is no fixed schedule. | Documente eventos regulares como levantarse, comidas, y dormir. Explique si no hay un horario regular.

COMMENTS FOR SPIRITUALITY AREA: _____

COMMENTS FOR JCAHO SUPPLEMENT: _____

Special occasions (weddings, etc.)

Dancing

Someone I date drinks/uses drugs

I used to go to bars to socialize

I play sports with people who drink/use

Almost all my friends drink or use drugs

Being in any group situation is upsetting

Any kind of gambling

I get uptight whenever I go out of my house

Being alone bothers me

Playing musical instruments
(Tocando instrumentos musicales)

Eating at restaurants
(Comiendo en Restaurantes)

Rock concerts
(Conciertos de Rock)

Seeing drug-related things
(Viendo cosas relacionadas con las drogas)

Seeing people drinking or using drugs
(Viendo personas que toman o usan drogas)

Seeing a place where I used to drink/use
(Viendo lugares donde solía tomar o usar)

Being in my car
(Estando en mi carro)

Relapse Triggers Inventory: What types of situations make you want to drink or use drugs? (Check box) | **Que tipo de situaciones lo hacen tomar o usar drogas? Marque en la siguiente lista.**

Driving through certain neighborhoods
(Manejando através de ciertos barrios)

Seeing a drug deal take place
(Viendo una transacción de droga)

Seeing or hearing a beer/alcohol ad
(Viendo o escuchando un commercial de cerveza)

Moods, Mental and Physical State

Lonely (Solitario) <input type="checkbox"/>	Bored (Aburrido) <input type="checkbox"/>
Cannot sleep (No Puedo dormir) <input type="checkbox"/>	Angry (Enfadado) <input type="checkbox"/>
Guilt (Culpable) <input type="checkbox"/>	Hunger (Con Hambre) <input type="checkbox"/>
Uptight (Tenso) <input type="checkbox"/>	Envious or jealous (Envidioso o Celoso) <input type="checkbox"/>
Worried (Preocupado) <input type="checkbox"/>	Self-pity (Auto lastima) <input type="checkbox"/>
Depressed (Deprimido) <input type="checkbox"/>	Fear (Miedo) <input type="checkbox"/>
Sexually turned on (Sexualmente activado) <input type="checkbox"/>	Feeling powerful (Sentirse Poderoso) <input type="checkbox"/>
Having a success (Tener un éxito) <input type="checkbox"/>	Good news (Buenas noticias) <input type="checkbox"/>
Winning (Ganar) <input type="checkbox"/>	Loss of loved one (Pérdida de un ser querido) <input type="checkbox"/>
Tired (Cansancio) <input type="checkbox"/>	Drug/drinking dreams (Sueños de Drogas/Tomar) <input type="checkbox"/>

Listening to certain music
(Escuchando cierta música)

Going to casinos
(Ir a los casinos)

Relapse Triggers Inventory: What types of situations make you want to drink or use drugs? (Check box) | **Que tipo de situaciones lo hacen tomar o usar drogas? Marque en la siguiente lista.**

Romantic/Sexual Settings | Situaciones Románticas/Sexuales

Trying to find a lover/romantic partner
(Tratando de buscar un amante o compañero romántico)

Thinking about sex/sexual fantasy
(Pensando acerca del sexo / fantasías sexuales)

Any kind of sexual activity
(Cualquier actividad sexual)

Having certain kinds of sex
(Teniendo cierto tipo de sexo)

Having sex with a prostitute
(Teniendo sexo con una prostituta)

Being in a new relationship
(Estando en una relación nueva)

Being rejected
(Ser rechazado)

Relapse Triggers Inventory: What types of situations make you want to drink or use drugs? (Check box) | **Que tipo de situaciones lo hacen tomar o usar drogas? Marque en la siguiente lista**

People, Places and Things | Personas, Lugares y Cosas

People I've gotten high with in the past
(Personas con que he tomado o usado en el pasado)

Seeing things that look like drugs
(Viendo cosas que parecen drogas)

News reports about drugs
(Noticias acerca de las drogas)

Watching certain TV programs
(Viendo cierto tipo de Programas de televisión)

Asking for a date
(Pidiendo una cita (date))

Time Begun: :

Time End: :

RECOMMENDATION FOR TREATMENT

LEVEL OF CARE RECOMMENDATION

(Check one):

- 1. Not applicable
- 2. Level I – (Outpatient treatment)
- 3. Level II – (Intensive outpatient/partial hospitalization)
- 4. Level III – (Medically monitored intensive inpatient)
- 5. Level IV – (Medically managed intensive inpatient)