

AUTO INFORME DE EVALUACIÓN

Nombre:	Apellido:
Infórmenos en detalle con qué necesita ayuda (problemas que está experimentando):	

Marque todas las que correspondan:

<input type="checkbox"/> Peligro para sí mismo	<input type="checkbox"/> Peligro para otros	<input type="checkbox"/> Argumentativo	<input type="checkbox"/> Violencia
<input type="checkbox"/> Se corta la piel	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Delirios
<input type="checkbox"/> Paranoia	<input type="checkbox"/> Agitación	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Manía
<input type="checkbox"/> Cambios de humor	<input type="checkbox"/> Aislamiento	<input type="checkbox"/> Obsesiones	<input type="checkbox"/> Impulsivo
<input type="checkbox"/> Otro: _____			

Historial familiar de salud mental y abuso de sustancias Ninguno/Prefiero no responder

Quién	Salud mental/Abuso de sustancias	Impacto negativo para usted
	<input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Historial de servicios de salud mental Ninguno/Prefiero no responder

Tipo de servicio (centro de crisis, ambulatorio, residencial, etc.)	Diagnóstico o problema	Resultado del servicio
		<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo
		<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo
		<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo
		<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo

Historial de uso de sustancias Ninguno/Prefiero no responder

Tipo de sustancia	Edad cuando la usó por primera vez	Edad cuando la usó por última vez	¿Desea abordarlo en el tratamiento?
<input type="checkbox"/> Alcohol (cerveza, vino y licor)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Tabaco (cigarrillos)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Marihuana			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sintéticas (especias, sales de baño, etc.)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Inhalantes			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Alucinógenos (ácido, hongos, etc.)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Estimulantes (cafeína, anfetaminas, metanfetamina, etc.)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sedantes (Xanax®, Valium®, etc.)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Opiáceos (heroína, suboxona, metadona, roxy, etc.)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Crack/cocaína			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Tranquilizantes (Special K, etc.)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Historial de servicios contra sustancias Ninguno/Prefiero no responder

Tipo de servicio (desintoxicación, ambulatorio, residencial, etc.)	Tiempo de tratamiento	Respuesta al tratamiento
		<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo
		<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo
		<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo
		<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo

Si está empleado, ¿cuánto tiempo ha estado empleado constantemente (menos de un mes entre trabajos)? ____ años ____ meses
 No estoy empleado

Marque todo lo que corresponda en cada categoría:

<p>Necesidades de tratamiento:</p> <input type="checkbox"/> Instrucción sobre medicamentos <input type="checkbox"/> Establecimiento de metas <input type="checkbox"/> Señales y síntomas de estrés y ansiedad <input type="checkbox"/> Señales y síntomas de depresión <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias (alcohol y/o drogas) <input type="checkbox"/> Preocupaciones de salud mental <input type="checkbox"/> Cambios en el estilo de vida <input type="checkbox"/> Habilidades de la vida diaria <input type="checkbox"/> Bienestar <input type="checkbox"/> Cuidado de enfermedades/afecciones físicas <input type="checkbox"/> Dinámica de abuso de químicos <input type="checkbox"/> Prevención de recaídas <input type="checkbox"/> Tratamiento de trauma <input type="checkbox"/> Habilidades para afrontar problemas <input type="checkbox"/> Tratamiento de violencia doméstica <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo emocional <input type="checkbox"/> Plan de seguridad <input type="checkbox"/> Desarrollo de relaciones <input type="checkbox"/> Otro:	<p>Necesidades comunitarias:</p> <input type="checkbox"/> Remisión a un médico <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Asistencia legal <input type="checkbox"/> Ayuda económica para medicamentos <input type="checkbox"/> Instrucciones anticipadas <input type="checkbox"/> Recursos de VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Grupos de apoyo <input type="checkbox"/> Asistencia pública <input type="checkbox"/> Recursos para ex militares <input type="checkbox"/> Otro:
--	--

<p>Fortalezas:</p> <input type="checkbox"/> Sigo mi plan de medicamentos <input type="checkbox"/> Gestiono mis necesidades de atención médica <input type="checkbox"/> Vivo de manera independiente <input type="checkbox"/> Tengo un sistema de apoyo positivo <input type="checkbox"/> Soy comunicativo <input type="checkbox"/> Tengo estabilidad económica <input type="checkbox"/> Tengo buen sentido del humor <input type="checkbox"/> Estoy motivado <input type="checkbox"/> Soy espiritual <input type="checkbox"/> Hago ejercicio regularmente <input type="checkbox"/> Tengo buenas calificaciones <input type="checkbox"/> Soy respetuoso <input type="checkbox"/> Otro:	<p>Habilidades/intereses:</p> <input type="checkbox"/> Soy creativo <input type="checkbox"/> Soy deportista <input type="checkbox"/> Tengo buen sentido del humor <input type="checkbox"/> Abogo por mí mismo <input type="checkbox"/> Buenas habilidades sociales <input type="checkbox"/> Soy voluntario en mi comunidad <input type="checkbox"/> Buenas habilidades de crianza <input type="checkbox"/> Puedo manejar el tiempo adecuadamente <input type="checkbox"/> Siento empatía por los demás <input type="checkbox"/> Tengo un pasatiempo <input type="checkbox"/> Administro el dinero adecuadamente <input type="checkbox"/> Soy organizado <input type="checkbox"/> Participo en deportes/clubes <input type="checkbox"/> Me gusta leer <input type="checkbox"/> Me gusta escribir/dibujar <input type="checkbox"/> Otro:	<p>Preferencias:</p> <input type="checkbox"/> Consejero hombre <input type="checkbox"/> Consejero mujer <input type="checkbox"/> Consejero no en recuperación <input type="checkbox"/> Consejero en recuperación <input type="checkbox"/> Vivir de manera independiente <input type="checkbox"/> Citas por la mañana <input type="checkbox"/> Citas por la tarde <input type="checkbox"/> No hablar del uso de sustancias <input type="checkbox"/> No hablar de salud mental <input type="checkbox"/> No hablar de preocupaciones físicas <input type="checkbox"/> Administración de medicamentos <input type="checkbox"/> Terapia individual, no en grupo <input type="checkbox"/> Terapia en grupo <input type="checkbox"/> Recursos comunitarios <input type="checkbox"/> Consideraciones religiosas/espirituales <input type="checkbox"/> Aparatos para escuchar/ver <input type="checkbox"/> Otro:
--	--	--

¿Tienes instrucciones anticipadas? Sí No

 Testamento en vida
 Poder duradero
 No resucitar
 Representante
 Sustituto médico
 Psiquiátrico

Firma del paciente/tutor: _____

Fecha/hora: _____