

## Formulario para comentarios del consumidor

Fecha en que el cliente completa la encuesta:

Completó con ayuda del personal: Sí:  No:

Identificación del lugar:

Identificación del proveedor:

Identificación del cliente:

Rechazó el formulario:

<b>Lugar</b>	<b>Programa/Clinica:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Comunidad:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Hospital:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Residencial:</b> <input type="checkbox"/>
<b>Encuesta</b>	<b>Correcional:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Teléfono:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Otro:</b> <input type="checkbox"/>	

**Lea cada oración de abajo y piense sobre cómo están las situaciones en su vida. Rellene la casilla que describe mejor como se ha sentido en las últimas dos semanas. Puede usar la opción de “No corresponde” si no ha pasado por esas circunstancias.**

		Usualmente o siempre	A veces	Rara vez o nunca	No corresponde
1.	No puedo enfrentarme a nada si las cosas van mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Tengo poco interés para hacer las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Me siento cómodo en hablar de problemas o en pedir cambios en mis servicios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Estoy satisfecho con la cantidad de actividad física que hago.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Voy bien en el trabajo / escuela / actividades preferidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Mis proveedores muestran sensibilidad a mis antecedentes culturales (raza, religión, orientación sexual, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Puedo llevar a cabo la mayoría de las cosas que deseo hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Estoy progresando en mi bienestar / metas de recuperación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Tengo familiares o amigos con quienes me puedo divertir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	El bienestar / medios de recuperación y habilidades que uso son eficaces para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Tengo dificultad con las actividades diarias debido al consumo de bebidas alcohólicas o drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	<u>Recientemente</u> he pensado en terminar con mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Participo en forma regular en grupos de autoapoyo por el consumo de bebidas alcohólicas o drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Cuando necesito ayuda de inmediato, puedo ver a alguien tan pronto lo necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Me molesta que no tenga familiares ni amigos con quienes hablar cuando me siento mal o tengo problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Mi salud física me preocupa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Me siento triste, deprimido, que no hay esperanzas para que las cosas mejoren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.	Tengo dificultad en concentración.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.	Puedo manejar mis síntomas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Formulario para comentarios del consumidor

20.	Tengo una buena relación de colaboración con mi actual				
	compañero de apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	orientador principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	psiquiatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	enfermera especialista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Consumo bebidas alcohólicas o drogas para ayudarme pasar el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22.	Siento que estoy perdiendo control de mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23.	Me están atendiendo por cualquier preocupación de salud física que tengo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24.	Me siento bienvenido y respetado por el personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25.	Estoy trabajando activamente para hacer cambios positivos en mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26.	Tengo la responsabilidad de escoger oportunidades para mejorar mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27.	Tengo oportunidades para participar en actividades sociales, espirituales y/o recreativas en mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28.	La ansiedad me evita que haga cosas que me gustaría hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29.	Siento que mis necesidades sexuales no están satisfechas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Tengo la oportunidad de incluir a mi familia u otros apoyos naturales en mis servicios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Mi proveedor conoce mis puntos fuertes y mis debilidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32.	Cuando le explico mi vida a mi proveedor de atención, siento que me comprende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33.	Mi consejero y yo estamos de acuerdo en las metas y objetivos de mi plan de servicio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34.	Mi proveedor de servicio comparte conmigo los resultados de mis evaluaciones y otras pruebas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Me siento satisfecho con mi papel de tomar decisiones sobre mi cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**36. En el mes pasado, ha (marque todo lo que corresponde)**

- estado empleado tiempo completo
- estado empleado tiempo parcial
- participado en trabajo voluntario o sin pago
- participado en capacitación para el trabajo
- estado inscrito en la escuela
- participado en otras actividades importantes. Especifique \_\_\_\_\_.
- En nada.

**37. Marque todos los lugares donde ha vivido el mes pasado**

- En mi propia vivienda (casa, departamento, etc.)
- Con mi familia

## Formulario para comentarios del consumidor

- Viví con compañeros de cuarto
- Viví en la casa de alguien más
- Viví en un centro de tratamiento residencial (instalación con alojamiento y atención, asilo, hogar para desintoxicación, hogar para vida sobria, etc.)
- Viví en el hospital
- Viví en muchos lugares
- No tuve hogar
- Estuve en la cárcel
- Otro: \_\_\_\_\_

**38. Marque todas las oraciones de abajo que describen como se siente respecto a sus medicamentos.**

- Siento que ya no necesito medicamentos
- Me gustaría cambiar mis medicamentos y/o dosis
- Mis medicamentos no están funcionando de la forma en que lo esperaba.
- Uso vitaminas, hierbas y otros suplementos alimenticios.
- Mis medicamentos me hacen sentirme demasiado cansado
- Mis medicamentos me hacen sentirme ansioso
- Mis medicamentos interfieren con mi sexualidad
- Mis medicamentos me hacen subir de peso
- No puedo comprar mis medicamentos
- Mis medicamentos están funcionando bien
- No corresponde No me recetaron medicamentos.

**39. Si el médico le recetó medicamentos como parte de su tratamiento de salud mental, marque una oración que describe mejor la forma en que los toma. (Marque solo una respuesta)**

- Siempre recuerdo tomar mis medicamentos de la forma en que me los recetó el médico.
- Tomo mis medicamentos la mayoría del tiempo, pero en ocasiones se me olvida
- Tomo mis medicamentos hasta que me empiezo a sentir mejor y luego dejo de hacerlo
- Rara vez tomo mis medicamentos
- Nunca tomo mis medicamentos
- No corresponde No me recetaron medicamentos.
- Actualmente estoy tomando medicamentos pero me gustaría hablar sobre eso.

**Díganos cualquier cosa que cree que es importante que nosotros sepamos sobre usted o los servicios que recibe.**

---

**¿Hay otros servicios que le gustaría recibir además de los que ya recibe en la actualidad? o ¿hay otros servicios que ya no desea recibir?**

---

---