



**A3. Lapso de tiempo para los eventos claves y preguntas para administrar inicialmente**

Varias preguntas le pedirán que recuerde cosas que han ocurrido durante **los últimos 90 días**. Para ayudarlo a recordar esos períodos de tiempo, mire por favor el calendario. Primero, busquemos la fecha de hoy y hágale un círculo.

Ahora cuente las 13 semanas pasadas, aprox. 90 días y haga un círculo en esa fecha. ¿Recuerda algo que estaba ocurriendo alrededor de esa fecha (FECHA HACE 90 DÍAS)?

(INDAGUE POR UN EVENTO ESPECÍFICO. **SI NO PUEDE RECORDAR:** ¿Recuerda algún cumpleaños, días festivos, eventos deportivos u otros eventos que ocurrieran cerca de esa fecha (FECHA HACE 90 DÍAS)? ¿Hubo algún cambio en donde vivía, con quién estaba, estaba o no bajo tratamiento, trabajo, escuela o cárcel? ¿Dónde vivía en ese momento? ¿Estaba bajo tratamiento, trabajando, en la escuela o envuelto con la ley en ese entonces?)

A3a1. Anote el Evento Clave de 90 días: v. \_\_\_\_\_

Cuando hablamos de cosas que estaban ocurriendo durante "los últimos 90 días", hablamos de cosas que ocurrieron más o menos desde (EVENTO DE HACE 90 DÍAS).

Por favor, mantenga este calendario a mano y utilícelo a medida que hagamos la entrevista para que le ayude a acordarse de cuando pasaron distintas cosas.

***Instrucciones adicionales para administración verbal***

A medida que hagamos el cuestionario, voy a leer las preguntas y anotaré sus respuestas. Es importante que trate de responder cada pregunta si puede y desea hacerlo. Sabemos que no siempre sabrá la respuesta exacta, pero nos gustaría que nos dé la respuesta que mejor crea, si puede. También puede decirnos si no sabe o no desea o rehúsa responder alguna pregunta. Tengo también tarjetas aquí que usaremos para ayudar a contestar algunas de las preguntas.

¿Tiene alguna pregunta antes de que comencemos?

A4a. En pocas palabras, ¿puede decirme por qué está aquí hoy? (¿Cuál es su razón principal para ponerse bajo tratamiento?) ( No pregunte "¿Algo más?")

v1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**(Aclare y Codifique)**

- Disponibilidad (dificultades en obtener drogas o drogas "buenas")..... 1
- Finanzas (no puede pagar por drogas, perdió fuente de ingresos)..... 2
- Motivo personal ("hábito fuera de control", "cansado", "desea cambiar", "mejorar la vida", "salvarse").....3
- Razones de salud (muy enfermo para seguir; las drogas o enfermedades relacionadas le están haciendo daño o amenazan su propia salud, bebé no ha nacido o en camino, para vivir)..... 4
- Obligado por la familia (padre o madre, esposo(a), pareja)..... 5
- Para conseguir o mantener custodia o para ser mejor padre o madre.....6
- Presión: Sist. de justicia criminal (mandato de la corte, oficial: probatoria/libertad condicional, abogado, etc.)..... 7
- Presión: Departamento de Servicios de Familia y Niños (DCFS, por sus siglas en inglés)..... 8
- Presión del maestro, ministro, entrenador..... 9
- Desea recibir servicios (quiere vivienda u otro beneficio)..... 10
- Escuela o trabajo (conseguir, mantener o mejorar situación)..... 11
- Otro (**Por favor describa en A4a**).....99

A4b. ¿Cuál es el nombre de la persona quien lo refirió a tratamiento?

v. \_\_\_\_\_

A4c. ¿Cuál es la relación de esa persona con usted?

v. \_\_\_\_\_

A4d. Código para la persona o agencia que lo refiere (escoja de la tabla abajo)..... [ ][ ]

Individuales		Agencias	
1 Yo mismo	10 Juez	21 Programa de abuso de alcohol/drogas	41 Programa estatal de abuso de alcohol/drogas
2 Madre	11 Maestro	22 Proveedor de salud mental	42 Programa estatal de salud mental
3 Padre	12 Supervisor en el trabajo	23 Otro proveedor de cuidado de salud	43 Programa estatal de Servicios a Familia y Niños (DCFS) o programa de bienestar público
4 Hermano	13 Trabajador Social	24 Programa de alcance a la comunidad, apoyo o prevención	44 Departamento estatal de salud
5 Hermana	14 Abogado	25 Escuela	49 Otra agencia estatal
6 Abuelo, abuela	15 Oficial de Probatoria	26 Empleador	50 Programa de justicia criminal (CJ) fuera del estado
7 Tía	16 Oficial de Libertad	27 Agencia de Servicio Social	59 Otra agencia fuera del estado
8 Tío	17 Trabajador de Asistencia Pública	28 Agencia de Justicia Criminal	99 Otro (Por favor describa en A4a)
9 Otro miembro de la familia	18 Sacerdote/Ministro	30 Treatment Alternatives to Street Crime (TASC) o programa alternativo: Tratamiento en lugar de detención	
	19 Otro individuo	39 Otra agencia	

**B. Información de Antecedentes**

En esta primera sección, voy a hacerle preguntas básicas acerca de si mismo.

- B1. ¿Cuál es su género o sexo? **(Escoja una)**
- Hombre ..... 1
  - Mujer ..... 2
  - Transgénero (de hombre a mujer) ..... 4
  - Transgénero (de mujer a hombre) ..... 5
  - Otro **(Por favor describa)** ..... 99

v. \_\_\_\_\_

- BAC B1d. Aproximadamente, ¿cuánto **mide** en pies y pulgadas?.....    
 Pies Pulgadas

- B1e. Aproximadamente, ¿cuánto **pesa** sin zapatos?.....   
 Libras

- B2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?.....  /  /   
 Mes Día Año

- B2a. ¿Cuántos años tiene hoy?.....  **[SI ES MAYOR DE 18,**  
 Edad **PASE A B3a]**

- B2b. En este momento, ¿quién tiene **custodia legal** de usted? (Diría que...)

v. \_\_\_\_\_

- (Aclare y codifique)**
- Padres viviendo juntos ..... 1
  - Padres que están separados pero comparten la custodia ..... 2
  - Uno de los padres (aunque viva con padrastro o madrastra) ..... 3
  - Otros miembros de la familia ..... 4
  - Menor emancipado legalmente, viviendo por su cuenta ..... 5
  - Huyó de la casa/vive solo (sin emanciparse legalmente) ..... 6
  - Condado/Estado (hogar sustituto o servicios de protección  
 ("foster home")..... 7
  - Institución correccional o juvenil..... 8
  - Otra **(Por favor describa en B2bv)**..... 99

B3a. ¿De qué raza, grupo étnico, nacionalidad o tribu se considera? (¿Algún otro grupo?)  
**(Por favor anote y escoja todos los que apliquen)**

v1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Por favor escoja por lo menos una raza.

**MENCIONADO**

	<u>Si</u>	<u>No</u>
1. Nativo de Alaska <b>(Por favor anote la tribu arriba)</b> .....	1	0
2. Asiático.....	1	0
3. Africano Americano/Negro.....	1	0
4. Caucásico/Blanco.....	1	0
5. Hispano, Latino o Chicano.....	1	0
a. Puertorriqueño.....	1	0
b. Mexicano.....	1	0
c. Cubano.....	1	0
e. Dominicano.....	1	0
f. Otro país de América Central.....	1	0
g. Otro país de América del Sur.....	1	0
z. Algún otro grupo <b>(Por favor describa arriba)</b> .....	1	0
6. Indígena o Indio Americano <b>(Por favor anote la tribu arriba)</b> ...	1	0
7. Nativo de Hawaii.....	1	0
8. Nativo de las Islas del Pacífico.....	1	0
99. Algún otro grupo <b>(Por favor describa arriba)</b> .....	1	0

B12. ¿Cuál es el **último** grado/año que **completó en la escuela?**  
 (NOTA: Puede usar 12 para escuela secundaria, 16 para licenciatura  
 y 17 para postgrado/maestría o más de 4 años de universidad)..... |\_\_|\_\_|  
 Grado

B13. ¿Qué diplomas, títulos, certificados ocupacionales o licencias ha recibido?  
 (¿Algún otro?)

		<b>MENCIONADO</b>	
		<u>Si</u>	<u>No</u>
1.	Diploma de bachillerato o preparatoria.....	1	0
2.	Pasó el examen de equivalencia general (GED, en inglés).....	1	0
3.	Certificado de educación adulta básica (ABE, en inglés).....	1	0
4.	Título universitario de dos años.....	1	0
5.	Grado universitario de 4 años o licenciatura.....	1	0
6.	Escuela de posgrado (maestría o doctorado). ....	1	0
7.	Certificado vocacional/ocupacional.....	1	0
8.	Licencia de aprendizaje de algún oficio.....	1	0
9.	Licencia de manejar (conducir) comercial.....	1	0
99.	Otros títulos o licencias ( <b>Por favor describa</b> ).....	1	0

v. \_\_\_\_\_

B14. ¿Cuáles de las siguientes etiquetas está más de acuerdo con su identidad de  
 orientación sexual?

		<b>(Escoja una)</b>
	No-sexual o asexual.....	1
	Heterosexual.....	2
	Homosexual, gay o lesbiana.....	3
	Bisexual.....	5
	En duda o sintiendo curiosidad.....	6
	No está seguro(a).....	7
	Otro ( <b>Por favor describa</b> ).....	99

v. \_\_\_\_\_

B15. ¿Cuál es su estado marital **actual**?

		<b>(Aclare y codifique)</b>
	Casado(a).....	1
	Casado(a) más de una vez.....	2
	Viviendo con alguien como si estuviera casado(a).....	3
	Casado(a) pero viviendo aparte.....	4
	Divorciado(a).....	5
	Separado(a) legalmente.....	6
	Viudo(a).....	7
	Nunca se ha casado y no vive como si estuviera casado(a).....	8

**[SI ES MENOR DE 17 AÑOS, ESCOJA 0 Y PASE A B17]**

B16. ¿Ha estado **alguna** vez en las fuerzas armadas de los EEUU o de cualquier otro país?

(Escoja una)

No, nunca ha servido en las fuerzas armadas..... 0 [PASE A B17]

Si, sirvió en las fuerzas armadas de los EEUU..... 1

Que rama? v. \_\_\_\_\_

Si, sirvió en las fuerzas armadas de otro país..... 99

Que país? v. \_\_\_\_\_

B16a. ¿Estuvo **alguna vez** en una zona de combate?..... Si No  
1 0

Dónde? v. \_\_\_\_\_

B16b. ¿Cuál fue su rango militar **más alto**?

v. \_\_\_\_\_

B16c. ¿Está usted actualmente en servicio activo en las fuerzas armadas, Si No  
incluyendo en la reserva o guardia?..... 1 0 [SI NO, PASE A  
B16c\_2]

B16c\_1. ¿Cuál es su estado militar actual?

v. \_\_\_\_\_

(Aclare y codifique)

Activo en las fuerzas armadas (sin incluir la reserva activa o Guardia)..... 1 [PASE A B17]

En la guardia o componente de reserva que entrena regularmente..... 2

En la Reserva Individual Lista (Reserva Inactiva Lista, Secciones no Afiliadas de Reserva)..... 3

Otra (**Por favor describa en B16c\_1v**)..... 99

		<u>Si</u>	<u>No</u>
B16c_2.	¿Alguna vez ha sido dado de baja del ejército?.....	1	0 [SI NO, PASE A B17]

B16c\_2a. ¿Cuál es su estado de dado de baja?

v. \_\_\_\_\_

**(Aclare y codifique)**

- Retirado/Dado de baja honorable..... 1
- Dado de baja honorable (no retirado)..... 2
- Dado de baja General o Separación de nivel de entrada..... 3
- Otro diferente de dado de baja honorable.....4
- Mala conductad o dada de baja administrativa o destitución..... 5
- Dada de baja deshonorale o destitución despúes de corte marcial.....6
- Otra (**Por favor describa in B16c\_2av**)..... 99

		<u>Si</u>	<u>No</u>
B16d.	¿Estuvo su baja relacionada con algún problema físico, mental, con alcohol, drogas, u otro problema?.....	1	0 [SI NO, PASE A B17]

B16d. ¿Cúales fueron los problemas?  
(**Por favor registre y seleccione todos los que aplican**)

v. \_\_\_\_\_

**MENCIONADOS**

- |   | <u>Si</u> | <u>No</u> |
|---|-----------|-----------|
| 1. Físicos.....   | 1         | 0         |
| 2. Médicos.....   | 1         | 0         |
| 3. Mentales.....  | 1         | 0         |
| 4. De Alcohol.....  | 1         | 0         |
| 5. De Drogas.....   | 1         | 0         |
| 99. Otro problema ( <b>Por favor describa en B16dv</b> )..... | 1         | 0         |

**[SI ES HOMBRE, PASE A SP1]**

		<u>Si</u>	<u>No</u>
B17.	¿Está actualmente embarazada?.....	1	0

### SP. Problemas Escolares

Las siguientes preguntas son acerca de estar en cualquier tipo de escuela o programa de capacitación. Usando la **Tarjeta Q** y respondiendo "durante el último mes," "hace 2 a 3 meses," "hace 4 a 12 meses," "hace 1 o más años," o "nunca"...

Último mes	Hace 2 a 3 Meses	Hace 4 a 12 Meses	Hace 1 + Años	Nunca
4	3	2	1	0

Por favor

SPScr/  
QOLI

- SP1. Cuando fue la **última** vez que usted...
- a. ¿llegó tarde o se fue temprano de la escuela o programa de capacitación? ... 4 3 2 1 0
  - b. ¿faltó (PR: cortó, MX: se fue de pinta) a la escuela o programa de capacitación solo porque no tenía ganas de estar allí?..... 4 3 2 1 0
  - c. ¿tuvo malas notas o bajó las notas en la escuela o programa de capacitación?..... 4 3 2 1 0
  - d. ¿se enfermó en la escuela o programa de capacitación? ..... 4 3 2 1 0
  - e. ¿fue a cualquier tipo de escuela o capacitación? ..... 4 3 2 1 0

- SP1f. ¿Cuándo fue la **última** vez, si alguna, que usted recibió cualquier tipo de ayuda lidiando con problemas escolares (por ejemplo, hablar con un consejero escolar sobre problemas en la escuela, trabajar con un tutor, asistir a un grupo de habilidades sociales en la escuela)?..... 4 3 2 1 0

responda las siguientes preguntas usando el número de días.

QCS

- SP1e. **Durante los últimos 90 días**, en cuantos **días**...
- 1. ¿se ha ausentado de la escuela o de alguna capacitación por un día completo?.....     
Días
  - 2. ¿fue a cualquier clase de escuela o programa de capacitación?....     
Días

### WP. Problemas de Trabajo

Las siguientes preguntas son acerca de trabajar en un empleo. Para estos puntos, un trabajo incluye un empleo a tiempo completo o parcial donde usted recibe un sueldo, incluyendo servicio militar. Si nunca ha trabajado, por favor responda "nunca".

Usando la **Tarjeta Q...**

Último mes	Hace 2 a 3 Meses	Hace 4 a 12 Meses	Hace 1+ Años	Nunca
4	3	2	1	0

Por favor

WPScr/  
QOLI

- WP1. Cuando fue la **última** vez que usted...
- a. ¿llegó tarde o se fue temprano del trabajo?..... 4 3 2 1 0
  - b. ¿faltó (PR: cortó, MX: se fue de pinta) al trabajo porque no tenía ganas de estar allí?..... 4 3 2 1 0
  - c. ¿hizo un mal trabajo o hizo su trabajo peor que antes?..... 4 3 2 1 0
  - d. ¿se enfermó en el trabajo?..... 4 3 2 1 0
  - e. ¿fue a su trabajo?..... 4 3 2 1 0

- WP1f. ¿Cuándo fue la **última** vez, si alguna, que usted recibió cualquier tipo de ayuda lidiando con problemas de trabajo (por ejemplo, hablar con un consejero sobre problemas en el trabajo, usando los servicios de un programa de asistencia al empleado, participando en meditación para la resolución de disputas)?..... 4 3 2 1 0

responda las siguiente preguntas usando el número de días..

QCS

WP1e. **Durante los últimos 90 días**, en cuantos **días**...

- 1. ¿faltó al trabajo por un día completo?.....     
Días
- 2. ¿trabajó por dinero en un trabajo o negocio?.....     
Días

## PH. Salud Física

Las siguientes preguntas son acerca de su salud física.

Usando la **Tarjeta Q...**

Último mes	Hace 2 a 3 Meses	Hace 4 a 12 Meses	Hace 1+ Años	Nunca
4	3	2	1	0

HPScr/  
QOLI

PH1.	Cuando fue la <b>última</b> vez que usted ha...					
a.	¿ganado 10 libras o más <b>sin</b> proponérselo? .....	4	3	2	1	0
b.	¿perdido 10 libras o más <b>sin</b> proponérselo? .....	4	3	2	1	0
c.	¿estado <b>preocupado</b> acerca de su salud?.....	4	3	2	1	0
d.	¿tenido <b>mucho dolor o malestar físico (molestia)</b> ?.....	4	3	2	1	0
e.	¿tenido problemas de salud que <b>no le dejaron</b> cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa?.....	4	3	2	1	0
f.	¿vio a un médico o enfermera, o tomó medicamentos con receta médica por un problema de salud?.....	4	3	2	1	0

### SS. Fuentes de Estrés

Las siguientes preguntas son acerca del estrés en su vida.

Usando la **Tarjeta Q...**

Último mes	Hace 2 a 3 Meses	Hace 4 a 12 Meses	Hace 1+ Años	Nunca
4	3	2	1	0

SSScr/  
QOLI

SS1. Cuando fue la **última** vez que usted estuvo bajo estrés por alguna de las siguientes razones?

a.	¿Muerte de un miembro de la familia o amigo cercano?.....	4	3	2	1	0
b.	¿Problemas de salud de un miembro de la familia o amigo cercano?.....	4	3	2	1	0
c.	¿Pelear con jefe, maestro o compañeros de trabajo o clase?.....	4	3	2	1	0
d.	Cambio importante en una relación para usted o su familia (matrimonio, divorcio o separación)?.....	4	3	2	1	0
e.	¿Algo que vio o que le sucedió a alguien cercano a usted? <b>(Por favor describa)</b> .....	4	3	2	1	0
v.	.....					
f.	¿Nuevo trabajo, posición o escuela?.....	4	3	2	1	0
g.	¿No tuvo dinero suficiente para pagar todas sus cuentas a tiempo?.....	4	3	2	1	0

SS1g1. ¿Cuándo fue la **última** vez, si alguna, que se consideró sin hogar?..... 4 3 2 1 0

SS1h. ¿Cuándo fue la **última** vez, si la hubiese, en que usted recibió algún tipo de ayuda para enfrentar su estrés (por ejemplo, hablando con un consejero sobre formas de manejar el estrés, participando en clases para aprender mejor cómo manejar el estrés)?..... 4 3 2 1 0

## RB. Comportamientos de Riesgo por Enfermedades Infecciosas

Las siguientes preguntas son acerca de comportamientos que le pusieron en riesgo de obtener y propagar enfermedades infecciosas, incluyendo HIV. Estos comportamientos pueden ser cosas que usted ha hecho o que otros le han hecho a usted. Por favor recuerde que todas sus respuestas son estrictamente confidenciales.

Usando la **Tarjeta Q...**

Último mes	Hace 2 a 3 Meses	Hace 4 a 12 Meses	Hace 1+ Años	Nunca
4	3	2	1	0

RBScr/ QOLI	RB1.		4	3	2	1	0
	RB1.	Cuando fue la <b>última</b> vez que usted...					
	a.	¿tuvo <b>2 o más</b> parejas sexuales durante el mismo período de tiempo?.....	4	3	2	1	0
	b.	¿tuvo relaciones sexuales sin usar alguna clase de condón, barrera bucal u otra barrera para protegerse y proteger su pareja de enfermedades o embarazo?.....	4	3	2	1	0
	c.	¿tuvo relaciones sexuales mientras usted o su pareja estaban <b>bajo los efectos del alcohol u otras drogas?</b> .....	4	3	2	1	0
	d.	¿usó una aguja para inyectarse drogas como heroína, cocaína o anfetaminas?.....	4	3	2	1	0
	g.	¿fue atacado con un arma, incluyendo una pistola, cuchillo, palo, botella u otra arma?.....	4	3	2	1	0
	h.	¿fue abusado físicamente, donde alguien le hirió golpeándolo hasta el punto de tener moretones, cortes o huesos rotos?.....	4	3	2	1	0
	j.	¿fue abusado sexualmente, donde alguien lo presionó o forzó a participar en actos sexuales en contra de su voluntad, incluyendo su pareja sexual regular, un familiar o amigo??.....	4	3	2	1	0
	k.	¿fue abusado emocionalmente, donde alguien hizo o dijo cosas para hacerlo sentir muy mal sobre sí mismo?.....	4	3	2	1	0

RBScr

**[SI TODAS RB1g-k = 0, PASE A RB1n]**

RBScr	RB1.		4	3	2	1	0
	RB1.	Cuando fue la <b>última</b> vez que usted...					
	m1.	¿fue abusado varias veces o por un largo período de tiempo?.....	4	3	2	1	0
	m2.	¿tuvo miedo por su vida o de poder ser seriamente herido por el abuso?.....	4	3	2	1	0

	RB1n.	¿Cuándo fue la <b>última</b> vez, si la hubiese, en que usted recibió algún tipo de ayuda para reducir sus conductas de riesgo (por ejemplo, participando en un programa de intercambio de agujas, recibiendo instrucción en prácticas sexuales seguras, mudándose a un refugio para víctimas de violencia doméstica).....	4	3	2	1	0
--	-------	--	---	---	---	---	---

## MH. Salud Mental

Las siguientes preguntas son sobre problemas psicológicos, de comportamiento o emocionales comunes. Estos problemas son considerados **significativos** cuando usted los tiene por dos o más semanas, cuando continúan retornando, cuando no le permiten cumplir con sus responsabilidades, o cuando le hacen sentir como que no puede continuar.

Usando la **Tarjeta Q...**

Último mes	Hace 2 a 3 Meses	Hace 4 a 12 Meses	Hace 1+ Años	Nunca
4	3	2	1	0

EDScr6/ QOLI	MH1.	Cuando fue la <b>última</b> vez que tuvo problemas <b>significativos</b> con... a. ¿sentirse muy atrapado, sin salida, solo, triste, deprimido o sin esperanza acerca del futuro?..... b. ¿problemas para dormir, tales como pesadillas, inquieto al dormir o quedándose dormido durante el día?..... c. ¿sentirse muy ansioso, nervioso, tenso, asustado, con pánico o como que alguna cosa mala iba a pasar?..... d. ¿volverse muy afligido y molesto cuando algo le recordaba al pasado?..... e. ¿pensar en acabar con su vida o suicidarse?..... f. ¿ver o escuchar cosas que nadie más puede ver o escuchar o sentir que alguien más puede leer o controlar sus pensamientos?..... ..... .....	4 3 2 1 0 4 3 2 1 0 ..... .....
-----------------	------	---	--

Usando la **Tarjeta Q...**

EDScr6/ QOLI	MH2.	¿Cuando fue la <b>última</b> vez que hizo las siguientes cosas <b>dos o más veces</b> ? a. Mintió o estafó para conseguir lo que quería o para evitar hacer algo..... b. Se le hizo difícil poner atención en la escuela, trabajo o casa..... c. Se le hizo difícil escuchar las instrucciones en la escuela, trabajo o casa..... d. Se le hizo difícil esperar su turno..... e. Intimidó o amenazó o buscó pleitos con otras personas..... f. Comenzó peleas físicas con otras personas..... g. Trató de recuperar sus pérdidas yendo a apostar otro día..... ..... ..... .....	4 3 2 1 0 4 3 2 1 0 ..... ..... .....
-----------------	------	--	--

MH2h. ¿Cuando fue la **última** vez, si alguna, que usted fue tratado por un problema mental, emocional, de comportamiento o psicológico por un especialista de salud mental o en una sala de emergencias, hospital o instalación de salud mental ambulatoria, o con medicamentos prescritos?.....

### SU. Uso de Sustancia

Las siguientes preguntas son sobre su uso de alcohol u otras drogas. Alcohol incluye cerveza, vino, whiskey, gin, escocés, tequila, ron o bebidas mezcladas. "Otras drogas" incluye a) marihuana, b) otras drogas de la calle como crack, heroína, PCP, o poppers, c) inhalantes como goma o gasolina y d) cualquier uso **no médico** de drogas prescritas. Por favor no incluya cualquier droga prescrita que usó bajo las instrucciones de un doctor.

Usando la **Tarjeta Q...**

Último mes	Hace 2 a 3 Meses	Hace 4 a 12 Meses	Hace 1+ Años	Nunca
4	3	2	1	0

[SI  
SU1f  
ES

SDScr/  
QOLI

- SU1. Cuando fue la **última** vez que...
- a. ¿usó alcohol u otras drogas todas las semanas o con más frecuencia?..... 4 3 2 1 0
  - b. ¿pasó mucho tiempo tratando de conseguir alcohol u otras drogas, usando alcohol u otras drogas o sintiendo los efectos del alcohol o las drogas (drogado/enfermo)?..... 4 3 2 1 0
  - c. ¿siguió usando alcohol u otras drogas sabiendo que le estaban causando problemas sociales, llevándolo a peleas o metiéndolo en problemas con otras personas?..... 4 3 2 1 0
  - d. ¿el uso de alcohol u otras drogas le causó que dejara, disminuyera o tuviera problemas con actividades importantes en el trabajo, escuela, casa o eventos sociales?..... 4 3 2 1 0
  - e. ¿tuvo problemas de abstinencia por el alcohol u otras drogas como las manos temblorosas, vómito, sentirse inquieto o no poder dormir o que usó alguna clase de alcohol o drogas para dejar de sentirse enfermo o para evitar los problemas de abstinencia (MX: malilla)?..... 4 3 2 1 0
  - f. ¿recibió tratamiento, consejería, medicación, manejo de caso o cuidados por su uso de alcohol o **cualquier otra droga**? Por favor no incluya visitas salas de emergencia, desintoxicación, auto-ayuda o programas de recuperación..... 4 3 2 1 0

**MENOR QUE 3, PASE A SU2a]**

Por favor responda las siguientes preguntas usando el número de veces, noches o días.

QCS

- SU1f. **Durante los últimos 90 días**, cuantos(as)...
- 2. ¿**noches** estuvo en una casa de reinserción (media casa, casa de transición, "halfway house"), **programa residencial**, internado u hospital por sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas?.....|\_|\_|\_|  
Noches
  - 3. ¿**días** estuvo en un **programa ambulatorio ("outpatient") intensivo** o programa diario por sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas?..|\_|\_|\_|  
Días
  - 4. ¿**veces** fue a un **programa ambulatorio** ("outpatient") regular (1-8 horas por semana) por sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas?.....|\_|\_|\_|  
Veces
  - 5. ¿**días** tomó medicina como **metadona o Antabuse** para ayudarlo con sus síntomas de abstinencia o sus ansias de usar?.....|\_|\_|\_|  
Días
  - 99. ¿**días** fue a alguna otra clase de programa de tratamiento o trabajó con algún otro manejador de caso ("case manager") por sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas? (Por favor describa).....|\_|\_|\_|  
Días

v. \_\_\_\_\_

QCS

- SU2. **Durante los últimos 90 días**, cuantos(as)...
- ¿**días** estuvo en un programa **de desintoxicación** para ayudarlo a superar sus síntomas de abstinencia?.....     
Días
  - ¿**días** fue a una o más reuniones de grupos de autoayuda (tales como AA, NA, CA o Recuperación Social) por su uso de alcohol u otras drogas?.....     
Días
  - ¿**veces** le hicieron una prueba de alcohol por el aliento o un examen de orina para saber si usó alcohol u otras drogas (“drug test”)? (No cuente pruebas que le hayan hecho hoy).....     
Veces
  - ¿**times** fue a una sala de emergencia por su uso de alcohol u otras drogas??.....     
Veces

Por favor responda a las siguientes preguntas usando el número de días.

PPI

- SU3. **Durante los últimos 90 días**...
- ¿cuántos **días** pasaron **sin que usara** ninguna clase de alcohol, marihuana u otras drogas?.....    [SI 90, PASE A SU5]  
Días
  - ¿cuántos **días** se emborracho o estuvo drogrado (“high”) casi todo el día?.....     
Días
  - ¿cuántos **días** sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas no le dejaron cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa?.....     
Días

PPI

- SU4. **Durante los últimos 90 días**, en cuantos **días** usted ...
- ¿usó alguna clase de alcohol (*como cerveza, vino, whiskey, ginebra, tequila, ron o cócteles*)?.....    [SI 0, PASE A SU4c]  
Días
  - ¿se emborrachó o tomó 5 tragos o más?.....     
Días
  - ¿usó marihuana, hachís, “blunts” (cigarro de marihuana, *MX: churro, COL: bareto*) o *THC*?.....     
Días
  - ¿usó cocaína, opiáceos, metanfetamina u otra droga, incluyendo medicamentos prescritos que no fueron recetados para usted o uno que usted tomó más de lo que debía tomar?.....    [SI 0, PASE A SU5]  
Días

SU4. **Durante los últimos 90 días**, en cuantos **días** usted...

- ¿usó crack, rocas de crack o base de coca? (“freebase”).....     
Días
- ¿usó otras formas de cocaína?.....     
Días
- ¿usó inhalantes?  
(*tales como líquido de corrección, gasolina, pega (MX: pegadura,*

- resistol), encendedores, pinturas en aerosol o diluyente para pintura).....*     
Días
- h. ¿ usó heroína o heroína mezclada con otras drogas?.....     
Días
- j. ¿ usó metadona de la calle o sin receta?.....     
Días
- k. ¿ usó calmantes para el dolor, opioides u otros analgésicos?  
*(tales como codeína, Darvocet, Darvon, Demerol, Dilaudid, Karachi, OxyContin, Oxys, Percocet, Propoxyphene, morfina, opio, Talwin o Tylenol con codeína).....*     
Días
- m. ¿ usó PCP o polvo de ángel?  
*(polvo cósmico, ozono, chifladura, niebla, combustible de cohete, Fenciclidina).....*     
Días
- n. ¿ usó ácido, LSD, ketamina, special K, hongos u otros alucinógenos?  
*(tales como mezcalina, peyote, psilocibina o “shrooms”).....*     
Días
- p. ¿ usó tranquilizantes o drogas para la ansiedad?  
*(tales como Ativan, Deprol, Equanil, Diazepam, Klonopin, Meprobamate, Librium, Miltown, Serax, Valium o Xanax).....*     
Días
- qa. ¿ usó metanfetamina, cristal, “ice”, “glass” u otras formas de methedrine?  
*(tales como Desosyn).....*     
Días
- q. ¿ usó “speed”, “uppers” *(reanimadores, activadores),*  
*anfetaminas, éxtasis, MDMA u otros estimulantes*  
*(tales como MX: tacha, Biphedamine, Benzadrine, Dexedrine o Ritalin)?..*     
Días
- r. ¿ usó “downers”, pastillas para dormir, barbitúricos u otros sedantes?  
*(tales como MX: rocha, rufis; Dalmane, Donnatal, Doriden, Flurazepam, GHB, Halcion, éxtasis líquido, metacualona, Placidyl, Quaalude, Secobarbital, Seconal, Rohypnol o Tuinal).....*     
Días
- s. ¿ usó alguna otra droga que no se haya mencionado?  
*(tales como nitrato de amilo, jarabe para la tos, óxido nitroso, Nyquil, poppers o Robitussin) (Por favor describa).....*     
Días
- v. \_\_\_\_\_

SU5. **Durante los últimos 90 días**, en cuantos **días** ha estado en la carcel, hospital u otro lugar donde no podía usar alcohol, marihuana u otras drogas? **(Use 0 para ninguno)**.....    [SI 0-12, PASE A SU6a]  
Días

Para ayudarlo a que recuerde el periodo de tiempo para el siguiente grupo de preguntas, saquemos el calendario y como lo hicimos antes señale los últimos 90 días en que estuvo menos de 13 días en la cárcel, hospital u otro lugar donde no podía usar alcohol, marihuana u otras drogas. ¿Recuerda algo que estuviera ocurriendo alrededor de esa fecha (FECHA HACE 90 DÍAS ANTES DE QUE EL PARTICIPANTE ENTRARA A UN AMBIENTE CONTROLADO)?

(INDAGUE POR UN EVENTO ESPECÍFICO COMO ANTERIORMENTE)

Ancla de Registro: v. \_\_\_\_\_

Cuando hablamos de cosas que le ocurrieron durante "esos 90 días en la comunidad" estamos hablando de cosas que ocurrieron desde (ANCLA DE AMBIENTE PRE-CONTROLADA) hasta el tiempo que ingreso en el ambiente controlado.

Por favor responda las siguientes preguntas usando el número de días. **(Use 0 para ninguno)**

SU5. En esos 90 días en la comunidad...

- a. ¿cuántos **días** pasaron **sin que usara** ninguna clase de alcohol, marihuana u otras drogas?.....|\_|\_| [SI 90, PASE A SU6a]  
Días
- b. ¿cuántos **días** se emborracho o estuvo drogrado (“high”) casi todo el día?.....|\_|\_|  
Días
- c. ¿cuántos **días** sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas no le dejaron cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa?.....|\_|\_|  
Días

### CV. Crimen y Violencia

Último mes	Hace 2 a 3 Meses	Hace 4 a 12 Meses	Hace 1+ Años	Nunca
4	3	2	1	0

CV3.

Las siguientes preguntas son sobre su comportamiento de crimen y violencia.

Usando la **Tarjeta Q...**

CVScr/  
QOLI

- CV1. Cuando fue la **última** vez que usted...
- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| a. ¿tuvo un desacuerdo en el cual empujó, agarró o sacudió a alguien?.....   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| b. ¿se llevó algo de una tienda sin pagarlo?.....  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| c. ¿vendió, distribuyó o ayudó a producir drogas ilegales?.....  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| d. ¿manejó un vehículo bajo la influencia del alcohol o de drogas ilegales?.....   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| e. ¿intencionalmente dañó o destruyó objetos que no le pertenecían?.....   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| f. ¿estuvo involucrado en el sistema judicial criminal, como la cárcel o prisión, detenido, bajo probatoria, bajo libertad condicional, bajo arresto domiciliario o monitoreado electrónicamente?..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

¿Durante los últimos 90 días, en cuantos días tuvo una discusión con alguien en la cual le insultó, le echó maldiciones, le amenazó, le tiró con algo, le empujó o golpeó de alguna manera?.....|\_|\_|  
Días

PPI

CV4. ¿Durante los últimos 90 días, en cuantos días estuvo metido en actividades que pensó podrían causarle problemas o están en contra de la ley (además del uso de drogas)?.....|\_|\_|  
Días

Por favor responda la siguiente pregunta usando el número de veces.

QCS

CV4b. ¿Durante los últimos 90 días, cuantas veces ha sido arrestado y acusado de violar la ley? (Por favor no cuente violaciones de tráfico menores.).....|\_|\_|\_|  
Veces

## Z. Fin

Gracias! Esas son todas las preguntas que tenemos para usted en este momento.

(Por favor escriba la hora en Z1. Si lo completó sin descansar, nosotros determinaremos cuántos minutos le tomó. Si tomó descansos, por favor asegúrese de anotar aproximadamente cuántos minutos en total le tomó hacer esta evaluación. Si continuará con la entrevista otra día, anote el tiempo para el primer día en Z1d y anote el tiempo total en XADMh1a-d.)

- Z1. ¿Que hora es en este momento?.....|\_|\_| : |\_|\_|  
Hora (HH:MM)
- b. ¿Es AM o PM?.....|\_|\_|  
AM/PM
- c. ¿Cuántos descansos tomo hoy?.....|\_|\_|  
Descansos
- d. ¿Sin contar los descansos, cuanto tiempo le tomo terminar esto?..|\_|\_|\_|  
Minutos

Z2. ¿Hay algunos otros asuntos especiales que necesitemos saber para ayudarlo (o ayudarlo a ponerse bajo tratamiento)? ¿Tiene alguna otra pregunta o comentarios?

v1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Para uso del personal solamente*

XADM. Administración

Por favor documente los siguientes aspectos de como la entrevista fue administrada. Si hay comentarios más detallados en otras áreas en el documento, por favor asegúrese de resumirlos en la sección de comentarios adicionales en XADMj o diga por lo menos donde podemos encontrarlos.

a1.	¿Cómo fueron administradas las preguntas?	<u>Si</u>	<u>No</u>
a.	Auto - administrado.....	1	0
b.	Administrado oralmente por el personal.....	1	0
c.	Administrado oralmente por otros.....	1	0
z.	Otro ( <b>Por favor describa</b> ).....	1	0

v. \_\_\_\_\_

a2.	¿Cuál fue el modo de administración?	<u>Si</u>	<u>No</u>
a.	Hecho con pluma y papel.....	1	0
b.	Hecho por computador.....	1	0
c.	Hecho por teléfono.....	1	0
z.	Otro ( <b>Por favor describa</b> ).....	1	0

v. \_\_\_\_\_

b.	¿Cual fue el idioma principal en el cual fue realizado?	
	Inglés usando el GAIN en Inglés.....	1
	Esapañol usando el GAIN en Inglés.....	2
	Españos usando el VGNI en Español.....	3
	Otras combinaciones/idiomas ( <b>Por favor describa</b> ).....	99

v. \_\_\_\_\_

c.	¿Hubo algún indicio de que el cliente pudo tener problemas de aprendizaje que podrían haber interferido con su capacidad para responder o participar en el tratamiento o en general, <b>indicios de problemas de desarrollo?</b>	
	No/ningún.....	0
	Mínimo.....	1
	Moderado.....	2
	Mayor.....	3

e.	¿Existe alguna evidencia de los siguientes <b>comportamientos</b> observados por el participante?	<u>Si</u>	<u>No</u>
1.	Deprimido o retraído.....	1	0
2.	Violento u hostil.....	1	0
3.	Ansioso o nervioso.....	1	0
4.	Aburrido o impaciente.....	1	0
5.	Intoxicado o drogado.....	1	0
6.	En abstinencia.....	1	0
7.	Distraído.....	1	0
8.	Cooperador.....	1	0

*For Staff Use Only*

g.	¿Cuál fue la ubicación del participante durante la evaluación?
	GQ 3.2.3 CTDCF Lite Plus

- Unidad de Tratamiento..... 1
- Unidad de Admisión Especializada..... 2
- Área Correccional..... 3
- Escuela..... 4
- Lugar de empleo o de trabajo..... 5
- Hogar..... 6
- Oficina de Probatoria o Libertad Condicional..... 7
- Agencia de Asistencia Social o Protección Infantil..... 8
- Oficina o establecimiento de investigación..... 11
- Otro (**Por favor describa**)..... 99

v. \_\_\_\_\_

g1-5. ¿Hubo algún problemas proporcionando un ambiente tranquilo, **privado**?

	<u>Si</u>	<u>No</u>
1. Ruido u otras distracciones frecuentes.....	1	0
2. Atención dividida o interrupciones frecuentes.....	1	0
3. Otras personas presentes o lo suficientemente cerca para escuchar.....	1	0
4. Policía, guardas, trabajadores sociales u otros oficiales presentes.....	1	0
5. Llamada monitorizada o teléfono con altavoz.....	1	0

h1. ¿Fue administrado durante varios días?..... 1      0  
**[SI NO, PASE A XADMj]**

- a. ¿Cuál es la fecha de revisión **final** (mm/dd/yyyy)?..... |\_\_|\_| / |\_\_|\_| / |\_\_|\_|\_|\_|\_|  
Mes      Día      Año
- b. ¿Cuál es el número **total** de descansos a través de **todas** las sesiones y días? (**Incluya "1" para descanso tomado en medio de sesiones múltiples**)..... |\_\_|\_|
- c. ¿Cuál es el número **total** de minutos que gastó haciendo la entrevista a través de **todas** las sesiones y días?..... |\_\_|\_|\_|
- d. ¿Cuál es la identificación de la persona [XSID] que **terminó** la entrevista?..... |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|

j. ¿Tiene usted comentarios adicionales sobre la administración de la evaluación o cosas que deben ser consideradas en la interpretación de esta evaluación? **Este seguro de documentar cualquier información colateral crítica que usted piensa puede considerarse durante la interpretación (o use una referencia cruzada donde se documente).**

v1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_