

A todo aquél que utilice los servicios a través de United Behavioral Health (UBH) o U.S. Behavioral Health Plan, California (USBHPC) se le solicita completar este breve cuestionario. Nos ayudará a medir si los servicios sirvieron para atender sus necesidades. Conteste cada punto lo más precisamente posible, en base a cómo se siente usted hoy. Le recomendamos analizar sus respuestas con su terapeuta. De esa manera, juntos pueden lograr los mejores resultados.

Es posible que revisemos sus respuestas para ver si podemos ofrecerle recursos o apoyo adicionales. Nosotros también podremos revisar sus respuestas con su terapeuta si consideramos que sería beneficioso para usted.

Respetamos su privacidad y confidencialidad. No se revelarán sus respuestas a su empleador o plan de salud.

Su respuesta es muy importante para nosotros. Es una de las mejores formas en las que podemos comprender sus preocupaciones y ayudarlo a obtener la ayuda que necesita. Si bien le recomendamos completar este cuestionario, no está obligado a hacerlo. Este cuestionario no afectará su elegibilidad para los servicios a través de UBH o USBHPC.

Si tiene alguna pregunta sobre el mismo, llame al número indicado al reverso de su tarjeta de identificación de inscrito.

## Información sobre usted (Escriba con claridad. Complételo todo.)

Nombre:	<input type="text"/>	Apellido:	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="checkbox"/> Sexo masculino <input type="checkbox"/> Sexo femenino
		Número de identificación:	<input type="text"/>

1. Indique el problema PRINCIPAL que lo ha llevado a buscar ayuda hoy.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Depresión               | <input type="radio"/> Problemas de relación/familiares   | <input type="radio"/> Estrés general                           |
| <input type="radio"/> Ansiedad o preocupación | <input type="radio"/> Problemas ocupacionales            | <input type="radio"/> Problemas de salud física                |
| <input type="radio"/> Dolor o pérdida         | <input type="radio"/> Problemas de consumo de sustancias | <input type="radio"/> Otros problemas emocionales/psicológicos |

2. ¿En qué medida los problemas que lo llevaron a buscar ayuda lo han afectado en los últimos 30 días?

Para nada en absoluto    Un poco    Algo    Bastante    Extremadamente

- 

3. En los últimos 30 días, en qué medida los problemas que lo llevaron a buscar ayuda han interferido con su:

- |  |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Vida familiar                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Vida social                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Trabajo, desempeño escolar o tareas del hogar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Salud y bienestar físico                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4. Con la siguiente lista de problemas o malestares, indique en qué medida tuvo cada problema o malestar durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy.

No me molestó    Me molestó un poco    Me molestó moderadamente    Me molestó bastante    Me molestó en extremo

- |  |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Nerviosismo o temblores   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Sentimiento de soledad  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Sentimiento de tristeza o melancolía  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Latidos del corazón fuertes o acelerados                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Sentimiento de desesperanza hacia el futuro                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. Sentir que todo es un esfuerzo  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. Ataques de terror o pánico  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. Sentir un nerviosismo tal que no puede quedarse quieto cuando está sentado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i. Sentir que uno no sirve para nada   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j. Sentimiento repentino de temor sin motivo                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k. Falta de interés en las cosas   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Su nombre (Escriba con claridad): \_\_\_\_\_

	En acuerdo total	Estoy de acuerdo	No estoy seguro	No estoy de acuerdo	En total desacuerdo
<b>5.</b> En qué medida está usted de acuerdo con las siguientes tres afirmaciones:					
<b>a.</b> Me siento bien conmigo mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>b.</b> Puedo manejar mis problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>c.</b> Soy capaz de mantener mi vida bajo control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Sí		No	
<b>6.</b> ¿Está usted empleado en la actualidad? (Si contesta sí, siga con la pregunta 7 a continuación. De no ser así, siga a la pregunta 11 de abajo.)		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<b>7.</b> Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días no pudo hacer su trabajo a causa de su salud física o mental?		<input type="text"/>		Días	
<b>8.</b> Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días trabajó pero su rendimiento se vio afectado debido a su salud física o mental?		<input type="text"/>		Días	
		Sí		No	
<b>9.</b> ¿Está recibiendo, ha solicitado o está considerando solicitar beneficios por discapacidad o seguro obrero? (Sus respuestas se mantendrán en total confidencialidad)		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<b>10.</b> ¿Ha tenido recientemente algún problema en el trabajo?		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<b>11.</b> ¿Está atendiendo a algún miembro de su familia que se encuentra enfermo o discapacitado?		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
<b>12.</b> En general, usted consideraría que su salud es:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	No me molestó	Me molestó un poco	Me molestó moderadamente	Me molestó bastante	Me molestó en extremo
<b>13.</b> En los últimos 30 días, ¿le molestó algún dolor físico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Sí		No	
<b>14.</b> ¿Padece actualmente de alguna afección médica grave o crónica como, por ejemplo, diabetes, cáncer, cardiopatía, asma o artritis reumatoide?		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
Si contesta sí, indique la afección(es) médica(s). _____					
	Ninguna	1	2-3	4-5	Más de 5
<b>15.</b> En los últimos seis meses, ¿cuántas veces acudió a un doctor o utilizó otros servicios médicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Sí		No	
<b>16.</b> ¿Bebió alcohol o consumió drogas en los últimos 30 días? (Si contesta sí, continúe con la pregunta 17. De no ser así, siga a la pregunta 23.)		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<b>17.</b> En los últimos 30 días, ¿sintió alguna vez que debería reducir su consumo de alcohol o drogas?		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<b>18.</b> En los últimos 30 días, ¿le molestó que la gente lo criticara sobre su consumo de bebida o drogas?		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<b>19.</b> En los últimos 30 días, ¿se sintió mal o culpable acerca de su consumo de alcohol o de drogas?		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<b>20.</b> En los últimos 30 días, ¿bebió alcohol o consumió drogas a primera hora de la mañana para calmar los nervios o para quitarse una resaca?		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<b>21.</b> ¿Cuántos días durante la semana pasada bebió una cerveza, un vaso de vino, un cóctel o un trago de licor?		<input type="text"/>		Días	
<b>22.</b> Un día habitual en el que usted bebe, ¿cuántos vasos, botellas, latas o tragos toma?		<input type="text"/>		(Indique el número de vasos, botellas, latas o tragos)	

Continúe en la página siguiente (2 de 3)

Su nombre (Escriba con claridad): \_\_\_\_\_

En acuerdo total	Estoy de acuerdo	Me es indiferente	No estoy de acuerdo	En total desacuerdo
------------------	------------------	-------------------	---------------------	---------------------

23. En qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones acerca de UBH/USBHPC:

- a. La información y los recursos que recibí fueron de utilidad.
b. Mis llamadas telefónicas fueron respondidas oportunamente.
c. Recibí oportunamente la información que solicité.
d. El personal fue servicial.
e. Si se presentara la necesidad, volvería a utilizar estos servicios.

24. En qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones en cuanto a haber encontrado un terapeuta:

- a. Quedé satisfecho con la experiencia de haber encontrado un terapeuta disponible.
b. Mi primera cita con el terapeuta se llevó a cabo dentro de un período de tiempo aceptable.

25. Nos gustaría saber que tan bien ofrecemos nuestro servicio a los distintos grupos étnicos.

Díganos el grupo étnico con el que más se identifica:

- Blanco, no hispano
Afroamericano o negro
Latino o hispano
Indígena o nativo de Alaska
Asiático o isleño pacífico
Diversos grupos étnicos
Otros grupos étnicos
No deseo revelarlo

Sí No

26. Con el fin de medir la utilidad de nuestros servicios para usted, ¿Podemos enviarle por correo, en algunos meses, una breve Continuación de la Evaluación de bienestar?

Radio buttons for Yes/No

Gracias por haber dedicado su tiempo para completar nuestra Evaluación de Bienestar.

Revise sus respuestas con su terapeuta.

Para uso del terapeuta (Escriba con claridad. Complételo todo.)

Nombre del terapeuta

Nombre: [grid] Apellido: [grid]

Número de teléfono: ([grid]) [grid] - [grid]

Número de autorización: [grid]

Fecha de la entrega de la evaluación al cliente: [grid]/[grid]/[grid]

Si su cliente no estuvo de acuerdo en completar la evaluación, anote sus iniciales aquí \_\_\_\_\_.

NOTA: Debe presentar este formulario ante UBH/USBHPC para notificarnos acerca del tratamiento, haya sido completado o no por su cliente. Antes de hacerlo asegúrese de que esté completa la información del cliente en la página 1.

Revisar las respuestas de su cliente ayuda a optimizar la planificación del tratamiento y a evaluar los resultados.

Indique que ha revisado las respuestas con su cliente anotando aquí sus iniciales \_\_\_\_\_.

Devuelva este formulario a UBH/USBHPC: Número gratuito de fax: 1-800-864-8120

Correo: UBH/USBHPC, ATTN: BHS-Evaluación de bienestar PO Box 601520 San Diego, California 92160-1520

Las Nota: Las hojas en blanco de este formulario pueden fotocopiarse para su utilización con otros clientes.