ATTACHMENT L

Client health assessment questionnaire

**This page has been left blank for double-sided copying.**

OMB No.: 0930-xxxx

Expiration Date: xx/xx/xxxx

Health Assessment Questionnaire

|  |
| --- |
| Public Burden Statement: An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number.  The OMB control number for this project is 0930-0xxx.  Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 60 minutes per respondent, per year, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information.  Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to SAMHSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 15E57-B, Rockville, Maryland, 20857. |

**This page has been left blank for double-sided copying.**

**SECTION A: HEALTH ASSESSMENT**

A1. How would you rate your overall health right now?

 1 □ Excellent

 2 □ Very Good

 3 □ Good

 4 □ Fair

 5 □ Poor

 r □ Would rather not answer

 d □ Don’t know

A2. How well were you able to deal with your everyday life during the past 30 days?

Please tell us how much you agree or disagree with each statement:

|  |  |
| --- | --- |
| STATEMENT | MARK ONE ONLY |
| STRONGLY DISAGREE | DISAGREE | UNDECIDED | AGREE | STRONGLY AGREE | REFUSED | NOT APPLICABLE |
| a. I deal effectively with daily problems | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| b. I am able to control my life | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| c. I am able to deal with crisis | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| d. I am getting along with my family | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ | na □ |
| e. I do well in social situations | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| f. I do well in school and/or work | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ | na □ |
| g. My housing situation is OK with me | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| h. My symptoms are not bothering me | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |

A3. The following questions ask about how you have been feeling during the past 30 days. For each question, please indicate how often you had this feeling.

During the past 30 days, about how often did you feel…

|  |  |
| --- | --- |
|  | MARK ONE ONLY |
| ALL OF THE TIME | MOST OF THE TIME | SOME OF THE TIME | A LITTLE OF THE TIME | NONE OF THE TIME | REFUSED | DON’T KNOW |
| a. nervous? | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ | d □ |
| b. hopeless? | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ | d □ |
| c. restless or fidgety? | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ | d □ |
| d. so depressed that nothing could cheer you up? | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ | d □ |
| e. that everything was an effort? | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ | d □ |
| f. worthless? | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ | d □ |

A4. Please rate how much you agree with the following statements. Please answer for relationships with persons other than your mental health provider(s) over the past 30 days.

|  |  |
| --- | --- |
|  | MARK ONE ONLY |
| STRONGLY DISAGREE | DISAGREE | UNDECIDED | AGREE | STRONGLY AGREE |
| a. I am happy with the friendships I have | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ |
| b. I have people with whom I can do enjoyable things | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ |
| c. I feel I belong in my community | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ |
| d. In a crisis, I would have the support I need from family or friends | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ |

**SECTION B: TOBACCO, ALCOHOL, AND DRUGS**

B1. In the past 30 days, how often have you used each of the following?

|  |  |
| --- | --- |
|  | MARK ONE ONLY |
| NEVER | ONCE OR TWICE | WEEKLY | DAILY OR ALMOST DAILY |
| a. tobacco products, such as cigarettes, chewing tobacco, cigars, etc.? | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ |
| b. alcoholic beverages, such as beer, wine, liquor, etc.? | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ |
| c. had four or more alcoholic drinks in a day? By “a drink” we mean a can of beer, glass of wine, or shot of liquor | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ |
| d. had five or more alcoholic drinks in a day? By “a drink” we mean a can of beer, glass of wine, or shot of liquor | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ |
| e. drugs, like marijuana, cocaine, heroin, meth, inhalants, etc., to get high? | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ |
| f. any prescription medication that was *not* prescribed to you or that you are using in a way that was *not* prescribed? | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ |

B2. In the past 30 days, how many times have you been arrested?

mark only one

 1 □ Never

 2 □ 1 time

 3 □ 2 times

 4 □ 3 times

 5 □ More than 3 times, please write the number here: | | |

 r □ Would rather not answer

**SECTION C: MY EXPERIENCES AT THIS CLINIC**

C1. Please rate how much you agree or disagree with the following statements.

|  |  |
| --- | --- |
|  | MARK ONE ONLY |
| STATEMENT | STRONGLY DISAGREE | DISAGREE | UNDECIDED | AGREE | STRONGLY AGREE | REFUSED | NOT APPLICABLE |
| a. Staff here believe that I can grow, change and recover | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| b. I feel free to complain | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| c. I was given information about my rights | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| d. Staff encouraged me to take responsibility for how I live my life | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| e. Staff told me what side effects to watch out for | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ | na □ |
| f. Staff respected my wishes about who is and who is not to be given information about my treatment | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| g. Staff were sensitive to my cultural background (race, religion, language, etc.) | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| h. Staff helped me obtain the information I needed so that I could take charge of managing my illness | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| i. I was encouraged to use consumer run programs (support groups, drop-in centers, crisis phone line, etc.) | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| j. I felt comfortable asking questions about my treatment and medication | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| k. I, not staff, decided my treatment goals | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| l. I like the services I received here | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| m. If I had other choices, I would still get services from this agency | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| n. I would recommend this agency to a friend or family member | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |

**SECTION D: MY HEALTH AND GETTING CARE**

D1. Has a doctor or health care professional ever told you that you have any of the following conditions?

MARK ALL THAT APPLY

 1 □ Schizophrenia

 2 □ Depression or major depression

 3 □ Bipolar disorder

 4 □ Anxiety

 5 □ PTSD

 6 □ Diabetes

 7 □ High blood pressure

 8 □ Overweight/obesity

 9 □ Heart failure

10 □ Asthma

11 □ Hepatitis

12 □ Cancer

D2. Where do you usually go for help when you have a physical health problem like a cold, cough, or fever?

MARK ONE ONLY

 1 □ Community mental health center

 2 □ Medical clinic or health center

 3 □ Medical doctor’s private office

 4 □ Hospital emergency room

 5 □ Hospital outpatient department

 6 □ Some other place *(specify)*

D3. About how long has it been since you last saw or talked to a medical doctor or other health care professional about your *physical health*? Include doctors seen while you were a patient in a hospital.

MARK ONE ONLY

 1 □ 6 months or less

 2 □ More than 6 months but not more than 1 year ago

 3 □ More than 1 year but not more than 3 years ago

 4 □ More than 3 years

 5 □ Never

D4. In the past 30 days, how many times have you gone to an emergency room?

 1 □ Never

 2 □ 1 time

 3 □ 2 times

 4 □ 3 times

 5 □ More than 3 times, please write the number here: | | |

D5. In the past 6 months, have you visited any of the following providers?

|  |  |
| --- | --- |
|  | MARK ONE ONLY |
|  | YES | NO | UNSURE |
| a. Medical providers (such as physician or nurse)  | 1 □ | 0 □ | d □ |
| b. Mental health counselors or therapists | 1 □ | 0 □ | d □ |
| c. Case manager or care coordinator | 1 □ | 0 □ | d □ |
| d. Peer provider | 1 □ | 0 □ | d □ |
| e. Someone who helped you find or keep a job | 1 □ | 0 □ | d □ |
| f. Someone who helped you find or keep housing | 1 □ | 0 □ | d □ |

D6. In the past 6 months, have you taken any medications or nicotine replacement (like a Nicorette patch) to help you stop smoking?

 1 □ Yes

 0 □ No

D7. Do you take medications prescribed by a doctor on a regular basis?

 1 □ Yes

 0 □ No GO to Question D9

D8. Do you know how many of your prescription medications are for mental health problems?

 1 □ Yes how many? | | |

 0 □ No

D9. Do you know how many of your prescription medications are for physical health problems?

 1 □ Yes how many? | | |

 0 □ No

D10. Are you on any kind of diet, either to lose weight or for some other health-related reason?

 1 □ Yes

 0 □ No

**SECTION E: ABOUT ME**

E1. What is your gender?

MARK ONE ONLY

 1 □ Male

 2 □ Female

 3 □ Transgender

 4 □ Something else (*specify*)

 r □ Would rather not answer

E2. Are you Hispanic or Latino?

MARK ONE ONLY

 1 □ Yes

 0 □ No

 r □ Would rather not answer

E3. What race do you consider yourself?

MARK ALL THAT APPLY

 1 □ Black or African American

 2 □ Asian

 3 □ Native Hawaiian or other Pacific Islander

 4 □ Alaska Native

 5 □ White

 6 □ American Indian

 r □ Would rather not answer

E4. When were you born?

 | | | / | | | | |

 month year

E5. Are you currently enrolled in school or a job training program? If enrolled, is that full time or part time?

MARK ONE ONLY

 1 □ Not enrolled

 2 □ Enrolled full time

 3 □ Enrolled part time

 4 □ Other *(specify)*:

E6. What is the highest level of education you have finished, whether or not you received a degree?

MARK ONE ONLY

 1 □ Less than 12th grade

 2 □ 12th grade/High school diploma/equivalent (GED)

 3 □ Voc/Tech diploma

 4 □ Some college or university

 5 □ Bachelor’s degree (BA, BS)

 6 □ Graduate work/Graduate degree

E7. Are you currently employed?

MARK ALL THAT APPLY

 1 □ Employed full time (35+ hours per week, or would have been)

 2 □ Employed part time

 3 □ Unemployed – looking for work

 4 □ Unemployed – disabled

 5 □ Unemployed – volunteer work

 6 □ Unemployed – retired

 7 □ Unemployed – not looking for work

 8 □ Other *(specify)*

E8. In the past 30 days, where have you been living most of the time?

 1 □ Owned or rented house, apartment, trailer, room

 2 □ Someone else’s house, apartment, trailer, room

 3 □ Homeless (shelter, street/outdoors, park)

 4 □ Group home

 5 □ Adult foster care

 6 □ Transitional living facility

 7 □ Hospital (medical)

 8 □ Hospital (psychiatric)

 9 □ Detox/inpatient or residential substance abuse treatment facility

10 □ Correctional facility (jail/prison)

11 □ Nursing home

12 □ VA hospital

13 □ Veteran’s home

14 □ Military base

15 □ Other housed *(specify):*

 r □ Would rather not answer

 d □ Don’t know

|  |
| --- |
| **\*\*STAFF USE ONLY\*\*** |
| Participant ID:  | Site ID:  |
| Today’s Date: | | | / | | | / | | | | | mm/dd/yyyy |
| Questionnaire was completed by:  | □ Participant | □ Interviewer |
|  |

**This page has been left blank for double-sided copying.**

Número OMB: 0930-xxxx

Fecha de Vencimiento: xx/xx/xxxx

Cuestionario de Evaluación de Salud

|  |
| --- |
| Declaración de Carga Pública: Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recolección de información salvo que muestre un número válido de control OMB. El número válido de control OMB para esta recolección de información es 0930-0xxx. La carga de divulgación pública para esta recolección de información se estima en un promedio de 60 minutos por encuestado, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar información en fuentes existentes, recolectar y mantener la información necesaria, y completar y revisar la recolección de información. Envíe comentarios sobre este estimado de carga o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, a. SAMHSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 15E57-B, Rockville, Maryland, 20857. |

**This page has been left blank for double-sided copying.**

**SECCIÓN A: EVALUACIÓN DE SALUD**

A1. ¿Cómo calificaría su salud general ahora mismo?

 1 □ Excelente

 2 □ Muy buena

 3 □ Buena

 4 □ Regular

 5 □ Mala

 r □ SE NEGÓ A CONTESTAR

 d □ NO SABE

A2. ¿Qué tan bien pudo arreglárselas en su vida diaria durante los últimos 30 días? Por favor indique qué tanto está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación:

|  |  |
| --- | --- |
| **AFIRMACIÓN** | OPCIONES DE RESPUESTAS |
| Muy en desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso/a | De acuerdo | Muy de acuerdo | SE NEGÓ A CONTESTAR | NO CORRESPONDE |
| a. Me las arreglo bien con mis problemas diarios | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| b. Puedo controlar mi vida | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| c. Puedo arreglármelas en caso de crisis | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| d. Me llevo bien con mi familia | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ | na □ |
| e. Me desenvuelvo bien en las situaciones sociales | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| f. Me desenvuelvo bien en la escuela/el trabajo | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ | na □ |
| g. Mi situación en lo que se refiere a la vivienda es satisfactoria  | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| h. Mis síntomas no me molestan | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |

A3. Las preguntas siguientes son sobre cómo se ha sentido durante los últimos 30 días. Para cada pregunta, indique con qué frecuencia ha sentido lo siguiente.

Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se ha sentido …

|  |  |
| --- | --- |
|  | OPCIONES DE RESPUESTAS |
| Continuamente | Muchas veces | Algunas veces | Pocas veces | Ninguna vez | SE NEGÓ A CONTESTAR | NO SABE |
| a. nervioso/a? | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ | na □ |
| b. desesperanzado/a? | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ | na □ |
| c. inquieto/a o impaciente? | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ | na □ |
| d. tan deprimido/a que nada podía animarle? | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ | na □ |
| e. que para cualquier cosa se requería un esfuerzo? | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ | na □ |
| f. inútil? | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ | na □ |

A4. Por favor indique qué tanto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones. Por favor conteste por las relaciones con personas que no han sido su(s) proveedor(es) de salud mental durante los últimos 30 días.

|  |  |
| --- | --- |
|  | MARQUE UNA SOLA OPCIÓN |
| MUY EN DESACUERDO | EN DESACUERDO | INDECISO/A | DE ACUERDO | MUY DE ACUERDO |
| a. Estoy feliz con las amistades que tengo | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ |
| b. Tengo personas con quienes hacer cosas que disfruto | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ |
| c. Siento que encajo en mi comunidad | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ |
| d. En una crisis, yo tendría el apoyo que necesito de familiares o amigos | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ |

**SECCIÓN B: TABACO, ALCOHOL, Y DROGAS**

B1. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha usado cada una de las siguientes cosas?

|  |  |
| --- | --- |
|  | MARQUE UNA SOLA OPCIÓN |
|  | NUNCA | UNA O DOS VECES | SEMANALMENTE | TODOS LOS DÍAS O CASI TODOS LOS DÍAS |
| a. productos de tabaco, como cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.? | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ |
| b. bebidas alcohólicas, como cerveza, vino, licor, etc.? | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ |
| c. bebió cuatro bebidas alcohólicas o más en un sólo día? Al decir “una bebida alcohólica” queremos decir una lata de cerveza, una copa de vino, o un trago de licor | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ |
| d. bebió cinco bebidas alcohólicas o más en un sólo día? Al decir “una bebida alcohólica” queremos decir una lata de cerveza, una copa de vino, o un trago de licor | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ |
| e. drogas como marihuana, cocaína, heroína, metanfetaminas, inhalantes, etc., para drogarse? | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ |
| f. cualquier medicamento de receta que *no* le fue recetado o que está usando de alguna manera que *no* fue recetada?  | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ |

B2. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha sido detenido/a?

marque una sola opción

 1 □ Nunca

 2 □ 1 vez

 3 □ 2 veces

 4 □ 3 veces

 5 □ Más de 3 veces, por favor escriba el número aquí: | | |

 r □ Prefiere no contestar

**SECCIÓN C: MIS EXPERIENCIAS EN ESTA CLÍNICA**

C1. Por favor indique qué tanto está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones.

| **AFIRMACIÓN** | OPCIONES DE RESPUESTAS |
| --- | --- |
| Muy en desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso/a | De acuerdo | Muy de acuerdo | SE NEGÓ A CONTESTAR | NO CORRESPONDE |
| a. El personal de aquí cree que puedo desarrollarme, cambiar y recuperarme  | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| b. Me siento libre para quejarme | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| c. Me dieron información sobre mis derechos | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| d. El personal me animó a que asumiera la responsabilidad de cómo vivir mi vida | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| e. El personal me dijo con qué efectos secundarios debo tener cuidado | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ | na □ |
| f. El personal respetó mis deseos sobre a quién y a quién no se le debe dar información sobre mi tratamiento | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| g. El personal fue sensible a mis antecedentes culturales (raza, religión, idioma, etc.) | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| h. El personal me ayudó a obtener la información necesaria para que pudiera encargarme de administrar mi enfermedad | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| i. Me animaron a usar programas dirigidos por el consumidor (grupos de apoyo, centros de hospitalidad, línea telefónica para crisis, etc.) | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| j. Me sentía cómodo/a haciendo preguntas sobre mi tratamiento y medicación | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| k. Yo, no el personal, decidí mis objetivos de tratamiento | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| l. Me gustan los servicios que he recibido aquí | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| m. Si tuviera otras opciones, me gustaría seguir recibiendo servicios de esta agencia | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |
| n. Recomendaría esta agencia a un amigo/a o familiar | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | r □ |  |

**SECCIÓN D: MI SALUD Y RECIBIR ATENCIÓN**

D1. ¿Le ha dicho un médico o profesional de la salud alguna vez que tiene alguna de las siguientes condiciones?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDE

 1 □ Esquizofrenia

 2 □ Depresión o depresión mayor

 3 □ Trastorno bipolar

 4 □ Ansiedad

 5 □ Trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés)

 6 □ Diabetes

 7 □ Presión arterial alta

 8 □ Sobrepeso/obesidad

 9 □ Insuficiencia cardíaca

10 □ Asma

11 □ Hepatitis

12 □ Cáncer

D2. ¿A dónde suele ir por atención cuando tiene algún problema de salud física como un refriado, tos, o fiebre?

MARQUE SOLAMENTE UNA OPCIÓN

 1 □ Centro de salud mental comunitario

 2 □ Clínica o centro de salud médico

 3 □ Consultorio médico privado

 4 □ Sala de emergencia del hospital

 5 □ Departamento ambulatorio del hospital

 6 □ Algún otro lugar *(Especifique)*

D3. ¿Aproximadamente hace cuánto tiempo que usted vio o habló por última vez con algún médico u otro profesional de salud sobre su *salud física*? Incluya médicos que vio mientras era paciente en un hospital.

MARQUE SOLAMENTE UNA OPCIÓN

 1 □ 6 meses o menos

 2 □ Más de 6 meses pero no más de hace un año

 3 □ Más de 1 año pero no más de hace 3 años

 4 □ Más de 3 años

 5 □ Nunca

D4. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha ido a una sala de emergencias?

 1 □ Nunca

 2 □ 1 vez

 3 □ 2 veces

 4 □ 3 veces

 5 □ Más de 3 veces, por favor escriba el número aquí: | | |

D5. Durante los últimos 6 meses, ¿ha visitado alguno de los siguientes proveedores?

|  |  |
| --- | --- |
|  | MARQUE UNA SOLA OPCIÓN |
| SÍ | NO | NO ESTÁ SEGURO/A |
| a. Proveedores médicos (como clínico o enfermero) | 1 □ | 0 □ | d □ |
| b. Consejeros o terapeutas de salud mental | 1 □ | 0 □ | d □ |
| c. Administrador de casos o coordinador de atención | 1 □ | 0 □ | d □ |
| d. Proveedor par | 1 □ | 0 □ | d □ |
| e. Alguien que le ayudó a conseguir o mantener un trabajo | 1 □ | 0 □ | d □ |
| f. Alguien que le ayudó a conseguir o mantener su vivienda | 1 □ | 0 □ | d □ |

D6. Durante los últimos 6 meses, ¿ha tomado algún medicamento o reemplazo de nicotina (como un parche de Nicorette) para ayudarle a dejar de fumar?

 1 □ Sí

 0 □ No

D7. ¿Toma medicamentos recetados por un médico regularmente?

 1 □ Sí

 0 □ No PASE a la Pregunta D9

D8. ¿Sabe cuántos de sus medicamentos son para problemas de salud mental?

 1 □ Sí ¿cuántos? | | |

 0 □ No

D9. ¿Sabe cuántos de sus medicamentos con recetas son para problemas de salud física?

 1 □ Sí ¿cuántos? | | |

 0 □ No

D10. ¿Está en algún tipo de dieta, sea para bajar de peso o por alguna otra razón relacionada con salud?

 1 □ Sí

 0 □ No

**SECCIÓN E: SOBRE MÍ**

E1. ¿Cuál es su género?

 1 □ Masculino

 2 □ Femenino

 3 □ Transexual

 4 □ Otro *(Especifique)*

 r □ Se negó a contestar

E2. ¿Es usted hispano/a o latino/a?

 1 □ Sí

 0 □ No

 r □ Se negó a contestar

E3. ¿De qué raza se considera que es usted? si a más de una.

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

 1 □ Negro/a americano/a de origen africano

 2 □ Asiático/a

 3 □ Nativo/a de Hawái o de otras islas del Pacífico

 4 □ Nativo/a de Alaska

 5 □ Blanco/a

 6 □ Nativo/a americano/a

 r □ Prefiere no contestar

E4. ¿Dónde nació?

 | | | / | | | | |

 mes año

E5. ¿Está inscrito/a actualmente en una escuela o en un programa de capacitación?

[SI ESTÁ INSCRITO/A] ¿Es a tiempo completo o parcial?

 1 □ No está inscrito/a

 2 □ Inscrito/a, tiempo completo

 3 □ Inscrito/a, tiempo parcial

 4 □ Otro *(Especifique)*

E6. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha terminado, tanto si ha recibido un título como si no lo ha recibido?

 1 □ Menos del grado 12°

 2 □ 12° grado/diploma de escuela secundaria/equivalente (GED)

 3 □ Diploma vocacional/técnico

 4 □ Algunos cursos universitarios

 5 □ Título universitario (BA, BS)

 6 □ Trabajo de graduación/título de graduado/a

E7. ¿Está empleado/a en la actualidad?

 1 □ Empleado/a a tiempo completo (más de 35 horas por semana, o lo habría estado)

 2 □ Empleado/a a tiempo parcial

 3 □ Desempleado/a, buscando trabajo

 4 □ Desempleado/a, incapacitado

 5 □ Desempleado/a, trabajo voluntario

 6 □ Desempleado/a, jubilado/a

 7 □ Desempleado/a, no está buscando trabajo

 8 □ Otro *(Especifique)*

E8. Durante los últimos 30 días, ¿dónde ha estado viviendo la mayor parte del tiempo?

 1 □ Casa, apartamento, casa móvil, o cuarto propio o alquilado

 2 □ Casa, apartamento, casa móvil, o cuarto de otra persona

 3 □ Sin hogar (refugio, calle/afuera, parque)

 4 □ Hogar grupal

 5 □ Hogar de cuidado para adultos

 6 □ Instalación de vivienda transitoria

 7 □ Hospital (médico)

 8 □ Hospital (psiquiátrico)

 9 □ Instalación para pacientes internados/por desintoxicación o residencial para el tratamiento por abuso de sustancias

10 □ Institución correccional (cárcel/prisión)

11 □ Hogar de ancianos

12 □ Hospital de veteranos

13 □ Hogar de veteranos

14 □ Base militar

15 □ Otro tipo de vivienda *(Especifique)*

r □ Prefiere no contestar

d □ No sabe

|  |
| --- |
| **\*\*STAFF USE ONLY\*\*** |
| Participant ID:  | Site ID:  |
| Today’s Date: | | | / | | | / | | | | | mm/dd/yyyy |
| Questionnaire was completed by:  | □ Participant | □ Interviewer |
|  |

**This page has been left blank for double-sided copying.**