

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:

MARK ONE ONLY

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

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	r <input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>
b. hopeless?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	r <input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>
c. restless or fidgety?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	r <input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>
d. so depressed that nothing could cheer you up?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	r <input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>
e. that everything was an effort?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	r <input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>
f. worthless?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	r <input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. I have people with whom I can do enjoyable things	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c. I feel I belong in my community	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d. In a crisis, I would have the support I need from family or friends	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
b. alcoholic beverages, such as beer, wine, liquor, etc.?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
c. had <u>four</u> or more alcoholic drinks in a day? By "a drink" we mean a can of beer, glass of wine, or shot of liquor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
d. had <u>five</u> or more alcoholic drinks in a day? By "a drink" we mean a can of beer, glass of wine, or shot of liquor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
e. drugs, like marijuana, cocaine, heroin, meth, inhalants, etc., to get high?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
f. any prescription medication that was <i>not</i> prescribed to you or that you are using in a way that was <i>not</i> prescribed?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

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

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 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>
b. Mental health counselors or therapists	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>
c. Case manager or care coordinator	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>
d. Peer provider	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>
e. Someone who helped you find or keep a job	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>
f. Someone who helped you find or keep housing	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>

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

MATHEMATICA
Policy Research

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:

OPCIONES DE RESPUESTAS

AFIRMACIÓN	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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	r <input type="checkbox"/>	
b. Puedo controlar mi vida	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	r <input type="checkbox"/>	
c. Puedo arreglármelas en caso de crisis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	r <input type="checkbox"/>	
d. Me llevo bien con mi familia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	r <input type="checkbox"/>	na <input type="checkbox"/>
e. Me desenvuelvo bien en las situaciones sociales	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	r <input type="checkbox"/>	
f. Me desenvuelvo bien en la escuela/el trabajo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	r <input type="checkbox"/>	na <input type="checkbox"/>
g. Mi situación en lo que se refiere a la vivienda es satisfactoria	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	r <input type="checkbox"/>	
h. Mis síntomas no me molestan	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	r <input type="checkbox"/>	

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	r <input type="checkbox"/>	na <input type="checkbox"/>
b. desesperanzado/a?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	r <input type="checkbox"/>	na <input type="checkbox"/>
c. inquieto/a o impaciente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	r <input type="checkbox"/>	na <input type="checkbox"/>
d. tan deprimido/a que nada podía animarle?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	r <input type="checkbox"/>	na <input type="checkbox"/>
e. que para cualquier cosa se requería un esfuerzo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	r <input type="checkbox"/>	na <input type="checkbox"/>
f. inútil?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	r <input type="checkbox"/>	na <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. Tengo personas con quienes hacer cosas que disfruto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c. Siento que encajo en mi comunidad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d. En una crisis, yo tendría el apoyo que necesito de familiares o amigos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
b. bebidas alcohólicas, como cerveza, vino, licor, etc.?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
c. bebió <u>cuatro</u> 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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
d. bebió <u>cinco</u> 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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
e. drogas como marihuana, cocaína, heroína, metanfetaminas, inhalantes, etc., para drogarse?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
f. cualquier medicamento de receta que <i>no</i> le fue recetado o que está usando de alguna manera que <i>no</i> fue recetada?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

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

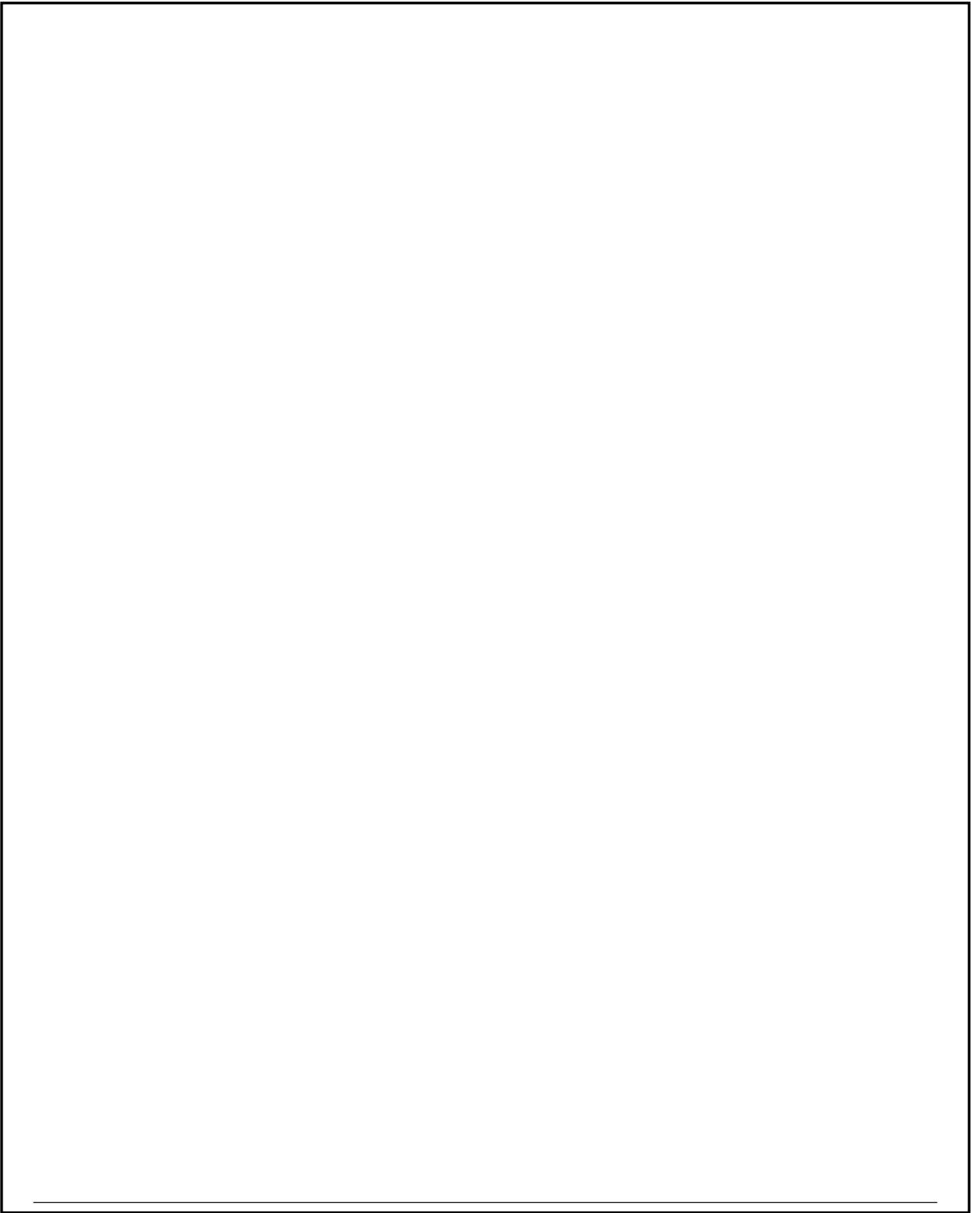
MARQUE UNA SOLA OPCIÓN

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



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 resfriado, 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 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>
b. Consejeros o terapeutas de salud mental	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>
c. Administrador de casos o coordinador de atención	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>
d. Proveedor par	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>
e. Alguien que le ayudó a conseguir o mantener un trabajo	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>
f. Alguien que le ayudó a conseguir o mantener su vivienda	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>

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

o 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.