



Cliente Cuestionario de Evaluación de Salud Mental

Fecha: _____

Terapeuta: _____

Nombre de Cliente: _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento: _____

Si usted ha experimentado en el pasado, o actualmente experimenta alguno de los siguientes. (Marque todas las que apliquen)

Tensión	Falta de Esperanza	Ira incontrolable	Comportamientos impulsivos
Preocuparse demasiado	Falta de placer/Motivación	Pensamiento Homicidas	Insomne
Temblor/Transpiración	Suicida (hacer daño)	(querer hacer daño a otros)	Alta energía
Latidos acelerados del corazón	No comer	Problemas para dormir	(sin poder estar quieto)
Pensamientos obsesivos	Atracones	Pesadillas o malos sueños	Hiperactivo
Falta de concentración	Comer en Exceso	Escenas retrospectivas	Preocupaciones sexuales
Fatiga (falta de energía)	Purgarse	Alucinaciones (escuchar	
Olvido	Abuso de Sustancias	voces o ver cosas)	
Episodios de llanto	Irritabilidad	Pensamientos intrusivos	Otros: _____

Escoja las áreas afectadas por los artículos que marco arriba (Marque todas las que apliquen) Emocionalmente Socialmente

Mentalmente Físicamente Sexualmente Matrimonio/Familia Escuela Trabajo Problemas Legales Otros: _____

Ha experimentado con los siguientes abusos (Marque todo lo que aplica)

Emocionalmente Mentalmente Físicamente Sexualmente Fue testigo de abuso ha otro Ha abusado de los demás

Si marco una de las opciones anteriores responda lo siguiente: ¿Cuándo ocurrió el abuso, por cuánto tiempo y quien fue el Agresor?

Coloque un "X" en la columna que mejor se adapte a ti, por cada declaración.

Yo...	A menudo	En veces	Rara vez
Comunicarse bien con los demás			
Se lleva bien con las figuras de autoridad			
Se lleva bien con sus compañeros.			
Soy capaz de establecer metas y trabajar para ellos			
Obtener el apoyo de mi familia y/o amigos			
Estoy satisfecho con mis relaciones			
Entiendo como estar a salvo en mis relaciones íntimas.			
Me gusta quien soy, aun cuando los demás me rechazan			
Puedo reírme de mi mismo.			
Se respetarme a mí mismo			
Soy feliz de ser yo			
En mi actual relación...	A menudo	En veces	Rara vez
Nosotros discutimos y peleamos por todo.			
Cuando estamos juntos me siento como si estuviera caminando en cascaras de huevo.			
Me siento responsable de nuestros problemas			
El alcohol y /o las drogas afectan nuestra relación.			
Me siento aislado y deprimido.			
Me siento controlado/a por mi cónyuge/pareja.			
Tengo experencia/he experimentado...	Yes	No	
Daños en las relaciones personales y/o tengo dificultades en el trabajo/escuela por mi enojo.			
Problemas Legales (por ejemplo, multas de tráfico, encarcelamiento, libertad condicional etc.).			
Lo que tengo y/o actualmente estoy...	Yes	No	
Tengo problemas legales jurídicos, financieros, de salud, trabajo, escuela, familiar, de Amistad, o problemas de relación a causa del alcohol y /o consumo de drogas.			
Uso alcohol y drogas para lidiar con mi vida			
Me he llamado a mismo alcohólico/ o adicto			
He recibido tratamiento para el abuso de sustancias.			
Tengo un historial familiar de abuso de sustancias.			

