



CONDADO DE SAN LUIS OBISPO
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

AUTO-EVALUACION CONFIDENCIAL PARA SERVICIOS / RECURSOS DE LA COMUNIDAD

Las preguntas en esta forma se diseñaron para ayudarle descubrir información acerca de sí mismo.

Pregúntese lo siguiente y conteste con toda sinceridad:

1. ¿Ha faltado en el trabajo debido a su uso de alcohol o drogas? Si No
2. ¿La gente le ha molestado quejándose del uso por usted de alcohol o drogas? Si No
3. ¿Alguna vez ha tomado un trago o una droga en la mañana para calmarse o para quitarse la cruda? Si No
4. ¿Ha sentido apenado por su uso de alcohol o drogas? Si No
5. ¿Ha pensado que debería reducir la cantidad que toma de alcohol o de drogas? Si No

Algún familiar, o una amistad de usted, ha:

6. ¿Tirado o roto cosas, o hecho algo que la daba miedo a usted? Si No
7. ¿Insultado a usted, o a sus hijos, o le ha dicho groserías? Si No
8. ¿Tratado de tomar decisiones suyas, incluyendo: con quien anda, a donde anda, o cual ropa se pone? Si No
9. ¿Amenazado hacerse daño a si mismo, a usted, a familiares de usted, a sus animales o a algún artículo de importancia para usted? Si No
10. ¿Empujado a usted, lo ha detenido si usted quiere salir del cuarto? ¿Le ha golpeado, pateado, dado cachetadas o le ha rasguñado? Si No
11. ¿Amenazado quitarle sus hijos? Si No

Durante los últimos 6 meses, usted, o algún familiar, ha:

12. ¿Tenido emociones, miedos o preocupaciones que le dificulten cumplir con sus quehaceres? Si No
13. ¿Pensado en hacerse daño? (por ejemplo: ¿Tomado un exceso de pastillas? ¿Hecho daño físico a si mismo o a otra persona?) Si No
14. ¿Tenido cambios mayores en su vida que le hacen pensar que no puede aguantar más (por ejemplo: divorcio, muerte de un familiar, perder un trabajo, problemas graves de salud)? Si No
15. ¿Tenido cambios significantes en su rutina diaria (por ejemplo: le cuesta trabajo levantarse o bañarse, un cambio en su rutina de dormir o comer, pesadillas, tiene ganas de estar solo la mayoría de tiempo)? Si No
16. ¿Oído voces que nadie más oye, o ha oido voces que le manden hacer cosas que no quiere hacer? Si No
17. ¿Tenido problemas encontrar trabajo por sus problemas emocionales? Si No
18. ¿Tenido problema llevándose con otras personas en el trabajo? Si No
19. ¿Tenido problema recordar ciertas cosas (por ejemplo: qué día sea, citas importantes, o el tema de una discusión)? Si No

Contesta las siguientes preguntas con respecto a la posibilidad de Educación para Padres:

20. ¿Ha tenido problemas para obtener servicios médicos, habitación segura, o ropa para sus hijos? Si No
21. ¿Siempre puede hacerles a sus hijos sentirse bien acerca de sí mismo? Si No
22. ¿Ha sentido abrumado como un parente tratando con sus niños? (Marque cada caja que aplica.) Conducta Emocional Disciplina Otro _____
23. ¿Está dispuesto a conseguir acceso a la Educación de Padres a través de Recursos de la Comunidad? Si No
24. ¿Alguno de sus hijos tiene necesidades debidas a: Problemas médicos Incapacidad acerca del desarrollo Salud mental Delincuencia

Se le preguntamos a todos lo de arriba porque todos tenemos miedos, preocupaciones o problemas que tal vez llegarán a ser problemas emocionales, o abuso de alcohol o de drogas. Estas preguntas nos ayudan a decidir si le conviene a usted o a su familia hablar con un asesor. Usted puede pedir hablar con un asesor aun no indicó problemas en sus respuestas. ¿Le gustaría hablar con un asesor? Si No

Nombre: _____ Fecha: _____

County Use Section

Participant's Name: _____	Case No.: _____	Date: _____
Referring Worker's Name: _____	Worker Number: _____	
Date: _____	Worker's Phone Number: _____	