



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 oído 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 padre tratando con sus niños? (Marque cada caja que aplica.) ☐ Si ☐ No
☐ 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: ☐ Si ☐ No
☐ 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: _____	