



# Formulario SUD para familias: entrevista inicial

## 5. Responda las siguientes preguntas basándose en los últimos 30 días...

- a. ¿Tuvo su hijo problemas en casa, en la escuela, en el trabajo o en la comunidad por consumir alcohol, drogas, inhalantes o por apostar?  Sí  No
- b. ¿Faltó su hijo a la escuela o al trabajo por consumir alcohol, drogas, inhalantes o por apostar?  Sí  No

\*Elemento requerido a nivel federal

## 6. Responda las siguientes preguntas basándose en los últimos 30 días...

	Cantidad de noches/horas	No sabe
a. ¿Cuántas veces fue su hijo a una sala de emergencias por un problema psiquiátrico o emocional?	—	
b. Cuántas noches pasó su hijo en un centro por:		
i. Desintoxicación	—	
ii. Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias como paciente hospitalizado/residencial	—	
iii. Atención a la salud mental	—	
iv. Enfermedad, lesión, cirugía	—	
c. ¿Cuántas noches pasó su hijo en un centro correccional, incluyendo el JDC o la cárcel (por arresto, violación de la libertad condicional o de la libertad vigilada)?	—	
d. ¿Cuántas veces su hijo intentó suicidarse?	—	

## 7. Mi hijo podría resistir la tentación de beber mucho o consumir drogas...

	No estoy nada seguro <span style="float: right;">Muy seguro</span>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... si estuviera enojado por la forma en que salieron las cosas											
... si inesperadamente encontrara alcohol/drogas o si viera algo que le recuerde beber/consumir drogas											
... si otras personas le tratan injustamente o interfieren con sus planes											
... si saliera con amigos y siguieran sugiriendo de ir a algún lugar para beber/consumir drogas											

## Formulario SUD para familias: entrevista inicial

<b>8. Indique su nivel de acuerdo o desacuerdo con las declaraciones marcando la opción que mejor represente sus sentimientos u opiniones durante los últimos 30 días. (Responda por relaciones con personas que no sean sus proveedores de salud conductual).</b> Fuente: Encuesta MHSIP *Requerido a nivel federal	Opciones de respuesta						
	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Completamente de acuerdo	No aplica	Rechazada
<b>Área: Conexión social: preguntas 1-4</b>							
1. Me hijo conoce personas que lo escucharán y entenderán cuando necesite hablar.							
2. En una crisis, mi hijo tendría el apoyo que necesita de familiares y amigos.							
3. Mi hijo cuenta con personas con las que se siente cómodo hablando sobre sus problemas.							
4. Mi hijo cuenta con personas con las que puede hacer cosas agradables.							
<b>Área: Área de mejora del funcionamiento: preguntas 5-11</b>							
5. Mi hijo puede hacer las cosas que quiere hacer.							
6. Mi hijo se lleva bien con los familiares.							
7. Mi hijo se lleva bien con amigos y otras personas.							
8. A mi hijo le va bien en la escuela o trabajo.							
9. Mi hijo puede arreglárselas cuando las cosas salen mal.							
10. Mi hijo puede manejar la vida diaria.							
11. Estoy satisfecho con nuestra vida familiar en este momento.							

**10. En este período de intervalo, ¿cuál es la evaluación (del médico) sobre la comprensión y la voluntad del paciente de participar en el programa de tratamiento? Marque con un círculo un número en la escala de abajo:**

No comprometido y bloqueado	Compromiso mínimo en la recuperación	Participación limitada en la recuperación	Compromiso positivo en la recuperación	Compromiso óptimo en la recuperación
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Pregunta que debe responder el médico