

Creating Healthy Outcomes: Integrated Self-Assessment (CHOIS) - Spanish

Client Name:	Patient ID:	Date:
Clinical Staff Name:	Admin Time Point: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Reassessment <input type="checkbox"/> Discharge	

Por favor, conteste las siguientes preguntas para ayudarnos a servirle mejor.

En los últimos 7 días...

	Nunca	Raramente	A veces	Frecuente	Siempre
1. Me sentí triste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me sentí deprimido/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Me sentí indefenso/a (que no podía hacer nada para ayudarme).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sentí que no valía nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Me sentí desesperado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sentí poco interés o placer en cosa que antes disfrutaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Me sentí enojado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Permanecí enojado/a durante horas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me sentí más enojado/a de lo que pensaba que debía sentirme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sentí miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Tuve dificultad para concentrarme en otra cosa que no fuera mi ansiedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Mis preocupaciones me agobiaron.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Tuve dificultades para deshacerme de pensamientos que me sugirieron.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Hice cosas que no pude resistir o las hice con más frecuencia de lo que debería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Tuve recuerdos o imágenes perturbadoras de alguna experiencia estresante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Tuve problemas con la memoria, como olvidar nombres o citas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Tuve dificultades para pensar con claridad mientras hacía quehaceres usuales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Creía que gente me estaba siguiendo o intentando dañar a mí o a mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Oí voces que nadie más podía oír.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Tuve pensamientos de acabar con mi vida o perjudicarme a mí mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En los últimos 7 días...

Nunca Raramente A veces Frecuente Siempre

21. Me sentí bien conmigo mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Establecí metas y trabajé para lograrlas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Me sentí optimista sobre el futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Pude manejar las circunstancias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me sentí feliz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Tuve energía y estaba lleno de vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Me sentí espiritualmente conectado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Tuve contacto con personas que me estiman.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Viví en una casa que me hizo sentir seguro/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. Mi(s) hijo(s) tuvo/tuvieron problemas emocionales y/o conductuales. <input type="checkbox"/> Marque aquí si usted no tiene hijos viviendo en el hogar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. He usado sustancias (alcohol, drogas ilícitas) demasiado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. ¿Qué tan difícil le ha sido realizar sus actividades cotidianas, trabajar (incluyendo la escuela), encargarse de las cosas de la casa o llevarse bien con otras personas debido a cualquiera de los problemas declarados aquí?	<input type="radio"/> Nada difícil
	<input type="radio"/> Algo difícil
	<input type="radio"/> Muy difícil
	<input type="radio"/> Extremadamente difícil