

**DIVISIÓN DE SALUD MENTAL
MENTAL HEALTH DIVISION
GAIN-SS**

Section Completed by Clinician	
Location of screen:	
<input type="checkbox"/>	Intake/Admission
<input type="checkbox"/>	Tx Plan Session
<input type="checkbox"/>	Crisis Episode
Consumidor:	
<input type="checkbox"/>	Se rehusó
<input type="checkbox"/>	No pudo llenarlo

Copyrighted ©2005 by: Chestnut Health Systems

Información demográfica y GAIN-SS (autoreporte) suministrada por el consumidor			
FECHA	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
5. FECHA DE NACIMIENTO	7. SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		

Al contestar las preguntas de este formulario, estará ayudando al proveedor de tratamiento a comprender mejor qué tratamiento puede necesitar. Esta información les ayudará a usted y a su proveedor de tratamiento a delinear el mejor plan de tratamiento para usted. Sus respuestas también ayudarán a mejorar la atención de salud mental de su comunidad.

Completar este formulario es optativo. Si usted está dispuesto a contestar las preguntas, responda la encuesta y firme con su nombre en la parte de abajo de esta página. Si no desea contestar las preguntas, comuníquese a su proveedor de tratamiento y devuélvale el formulario.

Evaluación Global de Necesidades Individuales – Detección corta (GAIN-SS)

Las siguientes preguntas son sobre problemas psicológicos, conductuales o personales comunes. Se considera que estos problemas son importantes cuando los tiene durante dos semanas o más, cuando vuelven a presentarse en forma recurrente, cuando no le permiten cumplir con sus responsabilidades o cuando le hacen sentir que ya no puede seguir adelante.

Por favor conteste las preguntas con Sí o No.

¿Durante los últimos 12 meses ha tenido problemas serios . . .

a. porque se ha sentido atrapado, solo, triste, deprimido o sin esperanzas para el futuro?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b. de sueño, como por ejemplo, pesadillas, dormir pero sin descansar o dormirse durante el día?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c. porque se ha sentido ansioso, nervioso, tenso, asustado, aterrorizado o como si algo malo fuera a suceder?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d. porque cuando algo le recuerda el pasado, se siente angustiado o molesto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
e. y ha pensado en acabar con su vida o suicidarse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Puntuación de la sub-escala IDS (0 a 5) _____

¿Durante los últimos 12 meses, hizo lo siguiente dos o más veces?

a. ¿Mentir o engañar para obtener cosas que deseaba o para evitar tener que hacer algo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b. ¿Ha tenido problemas para prestar atención en la escuela, el trabajo o en casa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c. ¿Le ha costado trabajo escuchar instrucciones en la escuela, el trabajo o en casa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d. ¿Ha molestado o amenazado a otras personas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
e. ¿Ha iniciado peleas con otras personas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Puntuación de la sub-escala EDS (0 a 5) _____

¿Durante los últimos 12 meses...

a. ha usado drogas o alcohol con frecuencia semanal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b. ha pasado mucho tiempo consiguiendo alcohol o drogas, usando alcohol o drogas o sintiendo los efectos de las drogas o el alcohol (drogado, vomitando)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c. ha seguido usando alcohol o drogas aunque esto le ocasionara problemas sociales, lo llevaran a pelear o a meterse en problemas con otras personas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d. su consumo de alcohol o drogas ha provocado que renunciara, redujera o tuviera problemas en actividades importantes en el trabajo, la escuela, el hogar o eventos sociales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
e. ha tenido problemas por abstinencia del alcohol o las drogas como temblor en las manos, vómitos, dificultad para permanecer quieto o para dormir, o ha usado alcohol o drogas para no sentirse mal o para evitar los problemas de la abstinencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Puntuación de la sub-escala SDS (0 a 5) _____

FIRMA	FECHA
-------	-------