

ENCUESTA PARA CLIENTES FAMILIARES - INSCRIPCIÓN

Caso No.	_____
Programa:	_____
Fecha de hoy:	_____



Herbert & Louis, LLC
PO Box 304
Wilsonville, OR 97070-0304
(503) 685-6100
admin@herblou.com



Gracias por llenar esta encuesta. La información que usted brinda es confidencial y muy importante para ayudarnos a evaluar la utilidad de los servicios que usted ha recibido. La información que usted brinda se combinará con la información proveniente de muchos otros consumidores en informes que no revelarán su identidad individual.

Sólo le tomará entre 10 y 15 minutos llenar la encuesta. Una vez que lo haga, por favor entréguesela al consejero.

Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta o sobre la evaluación de los programas de tratamiento financiados por el estado, por favor no dude en comunicarse conmigo directamente. Puede guardar esta página para sus registros.

Thomas L. Moore, PhD
Director General
Herbert & Louis LLC
PO Box 304
Wilsonville, OR 97070-0304
(503) 685-6100
tlmoore@herblou.com

POR FAVOR NO ESCRIBA SU NOMBRE EN ESTE FORMULARIO

Encuesta para clientes familiares – Inscripción

SECCIÓN 1: Datos demográficos generales

Fecha de hoy: _____

1. Estado civil

1	Nunca casado(a)
2	Casado(a)
3	Viudo(a)
4	Divorciado(a)
5	Separado(a)
6	Vive en pareja sin estar casado(a)

2. Situación Laboral por Semana

1	Jornada completa (35 horas o mas)
2	Jornada parcial (17-34 horas)
3	Irregular (Menos de 17 horas)
4	Buscando trabajo
6	Desempleado – No busca trabajo
7	Retirado
8	Deshabilitado
5	Otro

3. Total estimado de ingreso familiar mensual sin deducir impuestos \$ _____

4. Fuente principal de ingreso familiar
(Marque sólo una)

1	Salario, sueldo
5	Asistencia pública
7	Pensión
9	Otra
0	Ninguna

5. Seguro de Salud

05	Administración de veteranos
08	MEDICAID / OHP
09	MEDICARE
11	Otro seguro privado
12	Otra asistencia pública
65	OMHAS
66	Servicio correccional estatal / de condado
67	Otro subsidio estatal / federal
13	Ninguno

6. Número total de personas dependientes que viven con usted incluyéndose a usted mismo _____

7. Número total de años de educación completado (GED = 12) _____

8. Total estimado de deuda familiar relacionada con el juego \$ _____

INSTRUCCIONES

1	Nunca
2	Rara vez
3	A veces
4	Con frecuencia
5	Siempre
?	No sé / No corresponde

Por favor use la escala de la izquierda para decidir sus respuestas. Marque su elección con una pluma o lápiz. Coloque una "X" sobre el número que concuerde más exactamente con su respuesta.

SECCIÓN 2: Satisfacción general

En los últimos seis meses, ¿con qué frecuencia estuvo usted satisfecho con cada uno de los siguientes puntos?

9.	1	2	3	4	5	?	Vida en general
10.	1	2	3	4	5	?	Salud física
11.	1	2	3	4	5	?	Bienestar emocional
12.	1	2	3	4	5	?	Relación con su cónyuge o pareja
13.	1	2	3	4	5	?	Relación con sus hijos
14.	1	2	3	4	5	?	Relación con sus amigos
15.	1	2	3	4	5	?	Relación con otros miembros de la familia
16.	1	2	3	4	5	?	Trabajo
17.	1	2	3	4	5	?	Escuela (responda sólo si está matriculado como estudiante)
18.	1	2	3	4	5	?	Bienestar espiritual

SECCIÓN 3: Actividades generales

En los últimos seis meses, ¿con qué frecuencia hizo las siguientes cosas?

19.	1	2	3	4	5	?	Logró cumplir con sus responsabilidades en el hogar
20.	1	2	3	4	5	?	Logró cumplir con sus responsabilidades en el trabajo
21.	1	2	3	4	5	?	Pagó sus facturas a tiempo
22.	1	2	3	4	5	?	Tuvo pensamientos suicidas
23.	1	2	3	4	5	?	Intentó cometer suicidio
24.	1	2	3	4	5	?	Bebió alcohol
25.	1	2	3	4	5	?	Tuvo problemas asociados con el consumo de alcohol
26.	1	2	3	4	5	?	Usó drogas ilegales
27.	1	2	3	4	5	?	Tuvo problemas asociados con el uso de drogas ilegales
28.	1	2	3	4	5	?	Usó tabaco (fumó o mascó)
29.	1	2	3	4	5	?	Cometió actos ilegales para conseguir dinero para pagar deudas de juego
30.	1	2	3	4	5	?	Mantuvo una red de apoyo formada por familiares y/o amigos
31.	1	2	3	4	5	?	Se tomó tiempo libre para relajarse y descansar
32.	1	2	3	4	5	?	Comió alimentos saludables
33.	1	2	3	4	5	?	Hizo ejercicios
34.	1	2	3	4	5	?	Asistió a grupos de apoyo comunitario (GA, NA AA, etc.)

SECCIÓN 4: Otros servicios en los ÚLTIMOS 6 MESES

35.	Número de veces en los ÚLTIMOS 6 MESES que fue a una sala de emergencia o centro de atención de urgencia. _____ veces
36.	En los ÚLTIMOS 6 MESES ¿se inscribió usted en un programa de tratamiento para problemas de abuso de drogas y/o alcohol (A&D, por sus siglas en inglés)? Programa A&D para pacientes hospitalizados ___Sí ___No Programa A&D para pacientes ambulatorios ___Sí ___No
37.	En los ÚLTIMOS 6 MESES ¿se inscribió usted en un programa del tratamiento para problemas de salud mental (además del programa para problemas de juego al que asistió)? Programa para pacientes hospitalizados ___Sí ___No Programa para pacientes ambulatorios ___Sí ___No
38.	En los ÚLTIMOS 6 MESES ¿se inscribió usted en otro programa de tratamiento para problemas de juego, o consultó a otro terapeuta o médico fuera del personal del programa para problemas de juego al que usted asistió? Programa para pacientes hospitalizados ___Sí ___No Programa para pacientes ambulatorios ___Sí ___No
39.	En los ÚLTIMOS 6 MESES ¿se declaró usted en quiebra? ___Sí ___No
40.	En los ÚLTIMOS 6 MESES ¿fue usted condenado por algún delito? ___Sí ___No
41.	En los ÚLTIMOS 6 MESES ¿a sido víctima de violencia física en una relación? ___Sí ___No
42.	En los ÚLTIMOS 6 MESES ¿a sido víctima de abuso verbal, emocional, o psicológico en una relación? ___Sí ___No
43.	En los ÚLTIMOS 6 MESE ¿se ha sentido controlado(a), atrapado(a), o manipulado(a) por algún miembro familiar? ___Sí ___No

Gracias por llenar esta encuesta. Valoramos mucho su asistencia.