

VGNI Cuestionario Breve Salud del Comportamiento (VGNI-CB-SC)

Versión [GVER]: VGNI-CB-SC ver. 3.0.1

¿Cuál es su nombre? a. _____ b. _____ c. _____
(Nombre) (S.N.) (Apellido)

¿Cuál es la fecha de hoy? (MM/DD/AAAA) |__|_| / |__|_| / 20 |__|_|

<p>Las siguientes preguntas son acerca de problemas psicológicos, de comportamiento o personales comunes. Estos problemas se consideran significativos cuando los ha tenido por dos o más semanas, cuando ocurren de nuevo, cuando no le dejan cumplir con sus responsabilidades o le hacen sentir como que no aguanta más.</p> <p>Después de cada una de las siguientes afirmaciones, por favor nos dice la última vez que tuvo ese problema, si alguna vez, respondiendo en el último mes (4), hace 2–3 meses (3), hace 4–12 meses (2), hace más de un año (1), o nunca (0).</p>	Último Mes	Hace 2–3 Meses	Hace 4–12 Meses	1+ Años	Nunca
	4	3	2	1	0

- IDScr 1. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo problemas significativos como...**
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| a. sentirse muy atrapado, sin salida, solo, triste, deprimido o sin esperanza acerca del futuro? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| b. problemas para dormir, tales como pesadillas, inquieto al dormir o quedándose dormido durante el día? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| c. sentirse muy ansioso, nervioso, tenso, asustado, con pánico o como que alguna cosa mala iba a pasar? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| d. cuando algo le recuerda del pasado se angustia mucho y se enoja? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| e. pensar en acabar con su vida o suicidarse? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| f. ver o escuchar cosas que nadie más puede ver o escuchar o sentir que alguien más puede leer or controlar sus pensamientos? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
- EDScr 2. ¿Cuándo fue la última vez que hizo las siguientes cosas dos o más veces?**
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Mintió o estafó para conseguir lo que quería o para evitar hacer algo | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| b. Se le hizo difícil poner atención en la escuela, trabajo o casa. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| c. Se le hizo difícil escuchar las instrucciones en la escuela, trabajo, o casa. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| d. Se le hizo difícil esperar su turno. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| e. Intimidó o amenazó o buscó pleitos con otras personas. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| f. Comenzó peleas físicas con otras personas. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| g. Trató de “recuperar” sus pérdidas yendo a apostar otro día | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
- SDScr 3. ¿Cuándo fue la última vez que...**
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| a. usó alcohol u otras drogas todas las semanas o con más frecuencia? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| b. pasó mucho tiempo tratando de conseguir alcohol u otras drogas, usando alcohol u otras drogas o recuperándose de los efectos del alcohol u otras drogas (ej., se sentía enfermo)? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| c. siguió usando alcohol u otras drogas sabiendo que le estaban causando problemas sociales, llevándolo a peleas o metiéndolo en problemas con otras personas? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| d. el uso de alcohol u otras drogas le causó que dejara o se involucrara menos en actividades en el trabajo, escuela, casa o eventos sociales? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| e. tuvo problemas de abstinencia por el alcohol u otras drogas como las manos temblorosas, vómito, sentirse inquieto o no poder dormir o que usó alguna clase de alcohol u otras drogas para dejar de sentirse enfermo o para evitar los problemas de abstinencia (MX: malilla)? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

5. ¿Tiene otros problemas psicológicos, de comportamiento o personales **significativos** para los cuales quiere tratamiento o necesita ayuda?
(Si es así, por favor descríbalos abajo) 1 SÍ NO 0

v1. _____

6. ¿Cuál es su género o sexo? (Si es otro, por favor describa abajo) 1-Hombre 2-Mujer 99-Otro

v1. _____

7. ¿Cuántos años tiene hoy? |_|_|_| Edad

7a. ¿Cuántos minutos le tomó llenar este cuestionario? |_|_|_|_| Minutos

Para uso del personal solamente					
8. Sitio ID: _____			Nombre del sitio v. _____		
9. Personal ID: _____			Nombre del personal v. _____		
10. Cliente ID: _____			Nota v. _____		
11. Modo: 1 - Administrado por el personal 2 - Administrado por otro 3 - uto-administrado					
13. Referir a: MH _____ SA _____ Other _____ 14. Código(s) para referir: _____					
15. Comentarios para referir: v1. _____					
Scoring					
Cuestionario	Items	Último mes (4)	Último 90 días (4, 3)	Último Año (4, 3, 2)	Alguna vez (4, 3, 2, 1)
IDScr	1a – 1f				
EDScr	2a – 2g				
SDScr	3a – 3e				
TDScr	1a – 3e				

VGNI-CB copyright © Chestnut Health Systems. Para obtener más información sobre el instrumento, por favor visite <http://www.gaincc.org> o contacte el equipo de Coordinación de Proyectos del GAIN a (309) 451-7900 o GAINInfo@chestnut.org