

# Cuestionario

1.) ¿Qué tipo de servicios busca? (circule la respuesta que le corresponda)

Salud Mental

Uso de Sustancia

Salud Mental y Uso de Sustancia

2.) ¿Quién le recomendó estos servicios?

---

3.) ¿Hay estabilidad en su casa? (circule la respuesta que le corresponda)      **Sí**      **No**

¿Si no hay estabilidad, cual es la razón?

---

---

4.) ¿Ha recibido servicios de salud mental o de uso de sustancia anteriormente? ¿Cuándo y en dónde?

---

---

5.) ¿Ha estado hospitalizado por razones psiquiátricas anteriormente? (circule la respuesta que le corresponda)

**Sí**      **No**      ¿Cuándo y en dónde?

---

---

6.) ¿Tiene estresantes relacionados con su trabajo o escuela? (circule la respuesta que le corresponda)

**Sí**      **No**

Favor de explicar:

---

---

7.) ¿En sus relaciones personales, ha causado problemas su salud mental o uso de sustancia? (circule la respuesta que le corresponda)      **Sí**      **No**

Favor de proveer ejemplos:

---

---

---