

## PSYCHOLOGY SERVICES INMATE QUESTIONNAIRE

First Name:	Last Name:		
Register Number:	Today's Date:	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	

**Instructions:** Please circle NO or YES in response to items 1 through 14 below. If you circle YES, provide additional information as requested. Answer each item honestly to ensure you receive the psychological services you may need.

1	Have you ever suffered from or received treatment for a mental illness? If YES, what year(s)? _____ What condition/diagnosis? _____	NO	YES
2	Have you ever taken or been prescribed medication to treat a mental illness? If YES, what year(s)? _____ What medication(s)? _____	NO	YES
3	Have you ever received mental health treatment in a hospital emergency room? If YES, how many times? _____	NO	YES
4	Have you ever been admitted to a hospital for mental health treatment? If YES, how many times? _____	NO	YES
5	Have you ever seriously considered harming or killing yourself? If YES, what year(s)? _____ How? _____	NO	YES
6	Have you ever attempted to harm or kill yourself? If YES, what year(s)? _____ How? _____	NO	YES
7	Are you thinking of harming or killing yourself now? IF YES, IT IS IMPORTANT TO LET US KNOW SO WE CAN PROVIDE YOU WITH COUNSELING AND SUPPORT.	NO	YES
8	Have you been a victim of a sexual assault while incarcerated?	NO	YES
9	Have you committed a sexual assault while incarcerated?	NO	YES
10	Has your use of alcohol or drugs ever created problems for you? Which of the following drugs have you used? <input type="checkbox"/> alcohol <input type="checkbox"/> amphetamines/speed <input type="checkbox"/> cocaine/crack <input type="checkbox"/> ecstasy/club drugs <input type="checkbox"/> heroin/opiates <input type="checkbox"/> inhalants <input type="checkbox"/> LSD/psychedelics <input type="checkbox"/> marijuana <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> sedatives <input type="checkbox"/> tranquilizers <input type="checkbox"/> Other: _____	NO	YES
11	Are you currently withdrawing from alcohol or drugs ("detoxing")? If YES, what drug(s)? _____ When did you last use? _____	NO	YES
12	Do you wish to participate in drug abuse treatment?	NO	YES
13	Are you currently: A. sad, tearful, depressed? B. tense, nervous, anxious? C. feeling hopeless about life? D. hearing voices or seeing things others do not?	NO NO NO NO	YES YES YES YES
14	Do you wish to see a mental health provider while at this facility?	NO	YES

INMATE SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

## STAFF USE ONLY

MH Care Level: CARE1-MH    CARE2-MH    CARE3-MH    CARE4-MH    PSY ALERT: NO    YES

DX: \_\_\_\_\_ CURRENT MEDS: \_\_\_\_\_

Follow Up: NO    YES    Follow Up Services: DAP    MH-Psychology    MH-Psychiatry    SOTP    PREA    Other: \_\_\_\_\_

## Cuestionario del Departamento de Servicios de Psicología para Reos

Nombre:		Apellido:	
Número de Registro:		Fecha:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

**Instrucciones:** Favor de indicar con un círculo Sí o No en respuesta a las preguntas del 1 al 14 más abajo. Si usted indica que Sí, incluya la información solicitada. Conteste cada pregunta honestamente para garantizarle los servicios psicológicos que necesita.

1	¿Alguna vez ha sufrido o recibido tratamiento para una enfermedad mental? ¿Si indicó que Sí, en qué año(s)? _____ ¿Cuál fue la condición/diagnóstico? _____	SÍ	NO
2	¿Alguna vez ha tomado o le han recetado medicamentos para el tratamiento de una enfermedad mental? ¿Si indicó que Sí, en qué año(s)? _____ ¿Qué medicamentos? _____	SÍ	NO
3	¿Alguna vez ha recibido tratamiento de salud mental en la sala de emergencias de un hospital? ¿Si indicó que Sí, cuántas veces? _____	SÍ	NO
4	¿Alguna vez ha sido admitido a un hospital para tratarse un problema de salud mental? ¿Si indicó que Sí, cuántas veces? _____	SÍ	NO
5	¿Alguna vez, ha considerado seriamente hacerse daño o quitarse la vida? ¿Si indicó que Sí, en qué año(s)? _____ ¿Cómo? _____	SÍ	NO
6	¿Alguna vez, ha intentado hacerse daño o quitarse la vida? ¿Si indicó que Sí, en qué año(s)? _____ ¿Cómo? _____	SÍ	NO
7	¿Actualmente considera hacerse daño o quitarse la vida? SI INDICÓ QUE SÍ, ES IMPORTANTE DEJARNOS SABER PARA QUE PODAMOS PROVEERLE CONSEJERÍA Y AYUDA.	SÍ	NO
8	¿Ha sido una víctima de ataque sexual mientras ha estado encarcelado?	SÍ	NO
9	¿Ha cometido un ataque sexual mientras ha estado encarcelado?	SÍ	NO
10	¿Alguna vez le ha creado problemas el uso de alcohol o drogas? ¿Cuál de las siguientes drogas ha usado? ___ alcohol    ___ anfetaminas/speed    ___ cocaína/crack    ___ ecstasy/drogas de fiestas nocturnas ___ heroína/opiáceos    ___ inhalantes    ___ LSD/psicodélicas    ___ marijuana ___ PCP    ___ sedantes    ___ tranquilizantes    ___ Otro: _____	SÍ	NO
11	¿Actualmente se está alejando del alcohol o de las drogas ("desintoxicándose")? ¿Si indicó que Sí, qué droga(s)? _____ ¿Cuándo la(s) usó por última vez? _____	SÍ	NO
12	¿Desea participar en el tratamiento de abuso de drogas?	SÍ	NO
13	¿Actualmente está usted: A. triste, lloroso, deprimido? B. tenso, nervioso, ansioso? C. sintiéndose desesperanzado ante la vida? D. escuchando voces o viendo cosas que otros no ven?	SÍ SÍ SÍ SÍ	NO NO NO NO
14	¿Desea ver un proveedor de salud mental mientras está en esta instalación?	SÍ	NO

FIRMA DEL REO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## STAFF USE ONLY

MH Care Level: CARE1-MH    CARE2-MH    CARE3-MH    CARE4-MH    PSY ALERT: NO    YES

DX: \_\_\_\_\_ CURRENT MEDS: \_\_\_\_\_

Follow Up: NO    YES    Follow Up Services: DAP    MH-Psychology    MH-Psychiatry    SOTP    PREA    Other: \_\_\_\_\_