

TCU MOTFORM

ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (1)	NO ESTOY DE ACUERDO (2)	NO ESTOY SEGURO (3)	ESTOY DE ACUERDO (4)	ESTOY TOTALMENTE DE ACUERDO (5)
--	---	-------------------------------------	--------------------------------------	---

POR FAVOR INDIQUE CUÁNTO ESTÁ DE ACUERDO O NO ESTÁ DE ACUERDO CON CADA AFIRMACIÓN

- | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Usted necesita ayuda para poder lidiar con su uso de drogas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Ahora usted necesita estar en tratamiento. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Hay miembros de su familia que quieren que usted esté en tratamiento. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Este tratamiento le está ofreciendo una oportunidad para resolver sus problemas con las drogas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Su uso de drogas es un problema para usted. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Este tipo de programa de tratamiento no es de ayuda para usted. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Usted necesita ayuda con sus problemas emocionales. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Su uso de drogas le causan mas problemas de lo que vale. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Usted se preocupa por problemas legales. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Su uso de drogas le está ocasionando problemas con la ley. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Su uso de drogas le está ocasionando problemas de razonamiento o en el desempeño de su trabajo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Client ID#	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Today's Date	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Facility ID#	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Zip Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Administration
---	---	---	---	--

ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO <i>(1)</i>	NO ESTOY DE ACUERDO <i>(2)</i>	NO ESTOY SEGURO <i>(3)</i>	ESTOY DE ACUERDO <i>(4)</i>	ESTOY TOTALMENTE DE ACUERDO <i>(5)</i>
--	---	-------------------------------------	--------------------------------------	---

- 12. Es urgente que halle ayuda con su uso de drogas.
- 13. Usted renunciaría a sus amigos y a los sitios que frecuenta para resolver sus problemas con las drogas.
- 14. Usted se siente muy presionado a permanecer en tratamiento.
- 15. Usted necesita sesiones de consejo individual.
- 16. Su uso de drogas le está ocasionando problemas con su familia o amigos.
- 17. Usted sabe que es probable que lo envíen a la cárcel o a la prisión si no está en tratamiento.
- 18. Este programa de tratamiento le da esperanza de recuperarse.
- 19. Usted necesita servicios de capacitación educacional o vocacional.
- 20. Su uso de drogas le está ocasionando problemas para encontrar o mantener un empleo.
- 21. Usted quiere estar en tratamiento de drogas.
- 22. Su vida está fuera de control.
- 23. Usted necesita sesiones de consejo en grupo.
- 24. Su uso de drogas le está ocasionando problemas de salud.

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Client ID#	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Today's Date	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Facility ID#	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Zip Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Administration
---	---	---	---	--

ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO <i>(1)</i>	NO ESTOY DE ACUERDO <i>(2)</i>	NO ESTOY SEGURO <i>(3)</i>	ESTOY DE ACUERDO <i>(4)</i>	ESTOY TOTALMENTE DE ACUERDO <i>(5)</i>
--	---	-------------------------------------	--------------------------------------	---

- 25. Usted está listo para retirarse de este programa de tratamiento.
- 26. Usted está cansado de los problemas que ocasionan las drogas.
- 27. La única razón por la cual usted está en este programa de tratamiento es porque se lo exigen.
- 28. Su uso de drogas está haciendo que su vida empeore más y más.
- 29. Usted tiene problemas graves de salud relacionados a las drogas.
- 30. Usted quiere arreglar su vida.
- 31. Usted necesita atención y servicios médicos.
- 32. Varias personas cercanas a usted tienen problemas serios con las drogas.
- 33. Su uso de drogas le va a ocasionar la muerte si no deja de usarlas pronto.
- 34. Usted tiene problemas legales que lo hace necesario que esté en tratamiento.
- 35. Usted no está listo para este tipo de programa de tratamiento.
- 36. Por favor marque "No Estoy Seguro" como respuesta a esta pregunta.