

MODIFIED MINI SCREEN (MMS)

Client Name: _____ OASAS ID _____

Weeks since admission _____ Interviewer _____

Today's Date _____ Supervisor Initials (optional) _____

SECTION A

1. ¿En las últimas dos semanas, se ha sentido deprimido/a o decaído/a la mayor parte del día, casi todos los días?	SI	NO
2. ¿En las últimas dos semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	SI	NO
3. ¿En los últimos dos años, se ha sentido triste, desanimado/a o deprimido/a la mayor parte del tiempo?	SI	NO
4. ¿En el último mes ha pensado que estaría mejor muerto/a, o ha deseado estar muerto/a?	SI	NO
5. ¿Alguna vez, ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado/a, eufórico/a, o tan llena de energía, o seguro de sí mismo/a, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	SI	NO
6. ¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritable por varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha usted o los demás, notado que ha estado mas irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparada a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	SI	NO
INTERVIEWER: PLEASE TOTAL THE NUMBER OF "YES" RESPONSES TO QUESTIONS 1-6		

SECTION B

<p>7. Interviewer: Note this question is in 2 parts.</p> <p>a. ¿Alguna vez o más de una vez, se sintió súbitamente ansioso/a, asustado/a, incómodo/a o inquieto/a, incluso cuando la mayoría de la gente no sentiría de esa manera? SÍ NO</p> <p>b. ¿Estos sentimientos intensos llegan a ser su peor dentro de 10 minutos? SÍ NO</p> <p>Interviewer: If the answer to BOTH a and b is YES, code the question YES. If the answer to either or both a and b is NO, code the question NO.</p>	<p align="center">SI</p>	<p align="center">NO</p>
<p>8. ¿Se ha sentido particularmente incómodo/a o ansioso/a en lugares o situaciones donde podría tener un ataque de pánico, o síntomas parecidas a los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar difícil?</p> <p>Como :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> el estar en una multitud <input type="checkbox"/> el permanecer en fila <input type="checkbox"/> el estar sola fuera de casa <input type="checkbox"/> el permanecer sola en casa <input type="checkbox"/> el cruzar un puente <input type="checkbox"/> el viajar en autobús, tren o automóvil 	<p align="center">SI</p>	<p align="center">NO</p>
<p>9. ¿Se ha sentido excesivamente preocupado/a o ansioso/a debido a varias cosas en los últimos 6 meses?</p> <p>Interviewer: If NO to question 9, answer NO to question 10 and proceed to question 11.</p>	<p align="center">SI</p>	<p align="center">NO</p>
<p>10. ¿Esas preocupaciones están presentes la mayoría del los días?</p>	<p align="center">SI</p>	<p align="center">NO</p>
<p>11. ¿En el mes pasado, tuvo miedo o sintió vergüenza de que la están observando, de ser el centro de atención o temió una humillación?</p> <p>Incluyendo cosas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> el hablar en público <input type="checkbox"/> comer en público o con otros <input type="checkbox"/> el escribir mientras alguien le mira <input type="checkbox"/> el estar en situaciones sociales 	<p align="center">SI</p>	<p align="center">NO</p>
<p>12. ¿Este último mes, ha estado usted molesta con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas?</p> <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la idea de estar sucia, contaminada o tener gérmenes o miedo de contaminar a otros <input type="checkbox"/> temor de hacerle daño a alguien sin querer <input type="checkbox"/> temor que actuaría en función de algún impulso <input type="checkbox"/> tiene temores o supersticiones de ser la responsable de que las cosas vayan mal <input type="checkbox"/> se obsesiona con pensamientos imágenes o impulsos sexuales <input type="checkbox"/> acumula o colecciona sin control <input type="checkbox"/> tiene obsesiones religiosas 	<p align="center">SI</p>	<p align="center">NO</p>

SECTION B (CONTINUED)

13. ¿Durante el mes pasado, volvía hacer algo repetidamente sin poder resistir a hacerlo?	SI	NO
<p>14. ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/o otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física?</p> <p>Ejemplos de acontecimientos traumáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Accidentes graves <input type="checkbox"/> Atraco <input type="checkbox"/> Violación <input type="checkbox"/> Atentado terrorista <input type="checkbox"/> Ser tomado de rehén <input type="checkbox"/> Secuestro <input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Descubrir un cadáver <input type="checkbox"/> Muerte súbita de alguien cercano a usted <input type="checkbox"/> Guerra <input type="checkbox"/> Catástrofe natural. 	SI	NO
<p>15. ¿Durante el mes pasado, ha revivido el evento de una manera angustiosa?</p> <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> lo ha soñado <input type="checkbox"/> ha tenido imágenes vívidas <input type="checkbox"/> ha reaccionado físicamente <input type="checkbox"/> ha tenido memorias intensas 	SI	NO
<p>INTERVIEWER: PLEASE TOTAL THE NUMBER OF “YES” RESPONSES TO QUESTIONS 7-15</p>		

SECTION C

16. ¿Alguna vez, ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?	SI	NO
17. ¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	SI	NO
18. ¿Alguna vez ha creído, que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?	SI	NO
19. ¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor, o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	SI	NO
20. ¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?	SI	NO
21. ¿Alguna vez, ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	SI	NO
22. ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver?	SI	NO
INTERVIEWER: PLEASE TOTAL THE NUMBER OF "YES" RESPONSES TO QUESTIONS 16-22		

SCORING THE SCREEN

NUMBER OF "YES" RESPONSES FROM SECTION A	
NUMBER OF "YES" RESPONSES FROM SECTION B	
NUMBER OF "YES" RESPONSES FROM SECTION C	
TOTAL NUMBER OF "YES" RESPONSES FROM SECTIONS A, B & C	
YES RESPONSE TO QUESTION #4	
YES RESPONSES TO QUESTIONS #14 AND #15	