

# 1.b.II

## Entrevista familiar de seguimiento

Nombre ..... Apellidos ..... Edad .....  
Fecha de administración ..... Evaluador .....

1) ¿Cómo encuentra a su familiar? .....  1  2  3  4  5

Comentario:

.....  
.....  
.....

2) ¿Ha notado alguna mejoría desde que ha recibido la terapia? .....  1  2  3  4  5

A) En caso afirmativo, describa en qué consiste:

- Funcionalidad social (contacto con amistades) Sí  No
- Funcionalidad laboral (actividad en cursos, voluntariado o trabajo) Sí  No
- Funcionalidad familiar (compartir actividades y mejorar comunicación) Sí  No

B) Ponga algún ejemplo:

.....  
.....  
.....

3) Si se ha producido mejoría ¿A qué la atribuye?

.....  
.....  
.....

4) Si no ha habido mejoría ¿por qué cree que no ha mejorado?

.....  
.....  
.....

5) Tiempo transcurrido desde la finalización de la terapia .....

5 a) Durante este tiempo ¿ha tenido recaídas? .....

5 b) ¿Ha tenido ingresos? ..... ¿cuántos? ..... total de días ..... meses .....

5 c) ¿Ha hecho alguna visita a urgencias o generado situaciones de emergencia en que hayan tenido que intervenir otros profesionales (policía, personal sanitario, etc.)? Sí  No

¿Cuántas? ..... Descríbalas: .....

.....  
.....  
.....  
.....