

INFORMAÇÕES GERAIS

O Objetivo deste questionário é obter um conjunto de informações sobre você, envolvendo descrições de aspectos gerais de sua vida, indicadores de saúde e socioeconômicos. Garantimos que todos os registros serão estritamente confidenciais; contudo, se você **não** deseja responder alguma pergunta, simplesmente deixe-a em branco.

- 1) Nome: _____ Data: __/__/__
- 2) Escola: _____ 3) Ano: _____
- 4) Idade: () 15 () 16 () 17 () Outra: ____
- 5) Sexo: () Masculino () Feminino () Outros: _____
- 6) E-Mail: _____ 7) Contato (Ligações e Whatsapp): _____
- 8) Condição civil do cuidador: () Solteiro () Casado () Divorciado () Outro: _____
- 9) Sua condição civil: () Solteiro () Namorando () Casado () Outro: _____
- 10) Você tem filhos? () Sim () Não
- 11) Você exerce algum tipo de atividade remunerada? () Sim - Qual? _____ () Não
- 12) Que atividades você gosta de fazer no tempo livre? Assinale quantas alternativas desejar.
- () Ler () Dançar () Atividades esportivas
- () Sair com os amigos () Ficar em redes sociais () Jogar videogame/computador
- () Ver televisão/Netflix () Ouvir Música () Outras - Quais? _____
- 13) Você costuma tirar fotografias no seu dia a dia? Se sim, responda às próximas 3 perguntas.
- () Sim () Não
- 14) Com que frequência você costuma tirar fotos?
- () Sempre () Quase Sempre () Às vezes () Poucas vezes () Nunca
- 15) Para que propósito você costuma tirá-las? Assinale quantas alternativas desejar.
- () Guardar para si mesmo () Compartilhar com a família () Compartilhar com amigos
- () Compartilhar em Redes Sociais () Outros (especifique) _____
- 16) Que tipo de foto você costuma tirar? Assinale quantas alternativas desejar.
- () Selfies () Fotos com amigos () Fotos com a família () Fotos de animais
- () Fotos de comida () Fotos de paisagens () Fotos artísticas () Outras _____

17) Você toma com frequência algum medicamento sob prescrição médica: () Sim () Não
Se Sim, descreva o medicamento e por quê o mesmo foi indicado:

18) Você toma com frequência algum medicamento mesmo sem prescrição médica: () Sim () Não
Se Sim, descreva o medicamento e por quê você o toma:

19) Você já tomou (ou toma) alguma medicação para depressão, para bipolaridade, para ansiedade ou outros remédios psicotrópicos? () Sim () Não
Se Sim, responda quando e quais.

20) Você alguma vez já foi alguma sessão com psicólogo ou psiquiatra?
() Sim - vou atualmente () Sim - já fui mas não vou atualmente () Não

21) Você já foi diagnosticado com algum transtorno psicológico? () Sim () Não
Se Sim, responda quando e quais.

22) Você pratica alguma atividade física? () Sim () Não
Qual? _____

Com que frequência? (descreva em vezes por semana) _____

23) Você faz uso de álcool? () Sim () Não
Com qual frequência? (descreva em vezes por semana) _____

24) Você fuma? () Sim () Não

Há quanto tempo? _____

Em média quantos cigarros por dia? _____

25) Você usa ou já usou drogas? () Sim () Não
Qual? _____

Por quanto tempo _____

Com qual frequência? (descreva em vezes por semana) _____