Formulario aprobado

N° de la OMB: 0930-0285

Fecha de vencimiento: 28/02/2022

Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA)

Centro de Servicios de Salud Mental (CMHS)

Medidas de resultados nacionales (NOMs)
Medidas a nivel del cliente para
programas discrecionales de suministro de servicios directos

HERRAMIENTA DE SERVICIOS

Para programas para adultos

Sistema de Informes y Rendición de Cuentas sobre el Desempeño (SPARS) de SAMHSA

Noviembre de 2021

Se estima que la duración promedio de la carga pública de efectuar informes en relación con esta recopilación de información es de 40 minutos por respuesta si se le hacen todas las preguntas a un consumidor/participante. Como los prestadores de servicios médicos ya obtienen gran parte de esta información durante la admisión o el seguimiento constantes de los consumidores/participantes, se requerirá menos tiempo. Envíe cualquier comentario que tenga sobre el cálculo de duración de esta carga o cualquier otro aspecto relacionado con esta recopilación de información a Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Reports Clearance Officer, Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Ninguna agencia puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, y ninguna persona está obligada a responder a tal recopilación, a menos que se muestre un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuestos (OMB) vigente válido. El número de control de este proyecto es 0930-0285.

[Esta página se dejó en blanco intencionalmente]

Índice

[GESTIÓN DE REGISTROS 1](#_Toc5244590)

[DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL 2](#_Toc5244591)

[A. DATOS DEMOGRÁFICOS 6](#_Toc5244592)

[B. DESEMPEÑO 7](#_Toc5244593)

[B. FAMILIAS DE MILITARES Y DESPLIEGUE POR MOTIVOS MILITARES 11](#_Toc5244594)

[B. VIOLENCIA Y TRAUMA 12](#_Toc5244595)

[C. ESTABILIDAD RESPECTO DE UNA VIVIENDA 13](#_Toc5244596)

[D. EDUCACIÓN Y EMPLEO 14](#_Toc5244597)

[E. SITUACIÓN PENAL Y RELACIONADA CON LA JUSTICIA PENAL 16](#_Toc5244598)

[F. PERCEPCIÓN SOBRE EL CUIDADO 16](#_Toc5244599)

[G. RELACIONES SOCIALES 18](#_Toc5244600)

[H. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 19](#_Toc5244601)

[H1. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 20](#_Toc5244602)

[H2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 21](#_Toc5244603)

[H3. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 22](#_Toc5244604)

[H4. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 23](#_Toc5244605)

[H5. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 25](#_Toc5244606)

[H6. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 26](#_Toc5244607)

[H7. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 27](#_Toc5244608)

[H8. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 28](#_Toc5244609)

[I. ESTADO DE REEVALUACIÓN 29](#_Toc5244610)

[J. ESTADO DEL ALTA MÉDICA 29](#_Toc5244611)

[K. SERVICIOS RECIBIDOS 30](#_Toc5244612)

[Esta página se dejó en blanco intencionalmente]

# GESTIÓN DE REGISTROS

*[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN INFORMA LA GESTIÓN DE REGISTROS EN EL PERÍODO INICIAL, DURANTE LA REEVALUACIÓN Y AL MOMENTO DEL ALTA MÉDICA, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE SE HAYA REALIZADO UNA ENTREVISTA.]*

ID del consumidor |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

ID de la subvención (subvención/contrato/acuerdo de cooperación) |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

ID del centro |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

1. Indique el tipo de evaluación:

|  Período inicial |  Reevaluación |  Alta médica |
| --- | --- | --- |
| ***[ANOTE EL MES Y EL AÑO EN EL QUE EL CONSUMIDOR RECIBIÓ SERVICIOS POR PRIMERA VEZ EN VIRTUD DE LA SUBVENCIÓN RESPECTO DE ESTE EPISODIO DE ATENCIÓN.]*** | **¿Qué reevaluación de 6 meses?**|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |   |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_| / |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| MES AÑO | ***[ANOTE 06 SI SE TRATA DE UNA EVALUACIÓN A LOS 6 MESES, 12 SI SE TRATA DE UNA EVALUACIÓN A LOS 12 MESES, 18 SI SE TRATA DE UNA EVALUACIÓN A LOS 18 MESES, ETC.]*** |   |

1. ¿Se llevó a cabo la entrevista?

|  Sí |  No |
| --- | --- |
| **¿Cuándo?**|\_\_\_\_|\_\_\_\_| / |\_\_\_\_|\_\_\_\_| / |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| MES DÍA AÑO | **¿Por qué no? Seleccione una respuesta únicamente.** No se pudo obtener el consentimiento del representante. El consumidor no pudo o era incapaz de prestar consentimiento. El consumidor se rehusó a participar de esta entrevista solamente. No se pudo localizar al consumidor para la entrevista. El consumidor rechazó todas las entrevistas. |

# DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL

1. Diagnósticos relacionados con la salud conductual *[INFORMADOS POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA.]*

**Indique los diagnósticos actuales relacionados con la salud conductual del consumidor usando los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª revisión, Modificación Clínica (ICD-10-CM) que se detallan a continuación. Tenga en cuenta que algunos códigos de la ICD-10-CM relacionados con trastornos de consumo de sustancias se han vinculado a los códigos descriptivos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (*DSM-5*). Seleccione hasta tres diagnósticos. Para cada diagnóstico seleccionado, indique si es el diagnóstico primario, secundario o terciario, en caso de conocerse. Solamente puede haber un diagnóstico primario, un diagnóstico secundario y un diagnóstico terciario.**

| **Diagnósticos relacionados con la salud conductual** | **¿Se diagnosticó?** | **Para cada diagnóstico seleccionado, indique si es el diagnóstico primario, secundario o terciario, en caso de conocerse** |
| --- | --- | --- |
| **Seleccione hasta 3** | **Primario** | **Secundario** | **Terciario** |
| **DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS** |
| **Trastornos relacionados con el consumo de alcohol** |  |  |  |  |
| F10.10 – Trastorno de consumo de alcohol, sin complicaciones, leve |  |  |  |  |
| F10.11 – Trastorno de consumo de alcohol, leve, en remisión |  |  |  |  |
| F10.20 – Trastorno de consumo de alcohol, sin complicaciones, moderado/grave |  |  |  |  |
| F10.21 – Trastorno de consumo de alcohol moderado/grave, en remisión |  |  |  |  |
| F10.9 – Consumo de alcohol, sin especificar |  |  |  |  |
| **Trastornos relacionados con el consumo de opioides** |  |  |  |  |
| F11.10 – Trastorno de consumo de opioides, sin complicaciones, leve |  |  |  |  |
| F11.11 – Trastorno de consumo de opioides, leve, en remisión |  |  |  |  |
| F11.20 – Trastorno de consumo de opioides, sin complicaciones, moderado/grave |  |  |  |  |
| F11.21 – Trastorno de consumo de opioides, moderado/grave, en remisión |  |  |  |  |
| F11.9 – Consumo de opioides, sin especificar |  |  |  |  |
| **Trastornos relacionados con el consumo de cannabis** |  |  |  |  |
| F12.10 – Trastorno de consumo de cannabis, sin complicaciones, leve |  |  |  |  |
| F12.11 – Trastorno de consumo de cannabis, leve, en remisión |  |  |  |  |
| F12.20 – Trastorno de consumo de cannabis, sin complicaciones, moderado/grave |  |  |  |  |
| F12.21 – Trastorno de consumo de cannabis, moderado/grave, en remisión |  |  |  |  |
| F12.9 – Consumo de cannabis, sin especificar |  |  |  |  |
| **Trastornos relacionados con el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos** |  |  |  |  |
| F13.10 – Trastorno de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin complicaciones, leve |  |  |  |  |
| F13.11 – Trastorno de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, leve, en remisión |  |  |  |  |

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL (CONTINUACIÓN)

| **Diagnósticos relacionados con la salud conductual** | **¿Se diagnosticó?** | **Para cada diagnóstico seleccionado, indique si es el diagnóstico primario, secundario o terciario, en caso de conocerse** |
| --- | --- | --- |
| **Seleccione hasta 3** | **Primario** | **Secundario** | **Terciario** |
| F13.20 – Trastorno de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin complicaciones, moderado/grave |  |  |  |  |
| F13.21 – Trastorno de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos moderado/grave, en remisión |  |  |  |  |
| F13.9 – Consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin especificar |  |  |  |  |
| **Trastornos relacionados con el consumo de cocaína** |  |  |  |  |
| F14.10 – Trastorno de consumo de cocaína, sin complicaciones, leve |  |  |  |  |
| F14.11 – Trastorno de consumo de cocaína, leve, en remisión |  |  |  |  |
| F14.20 – Trastorno de consumo de cocaína, sin complicaciones, moderado/grave |  |  |  |  |
| F14.21 – Trastorno de consumo de cocaína, moderado/grave, en remisión |  |  |  |  |
| F14.9 – Consumo de cocaína, sin especificar |  |  |  |  |
| **Trastornos relacionados con el consumo de otros estimulantes** |  |   |   |   |
| F15.10 – Trastorno de consumo de otros estimulantes, sin complicaciones, leve |  |  |  |  |
| F15.11 – Trastorno de consumo de otros estimulantes, leve, en remisión |  |  |  |  |
| F15.20 – Trastorno de consumo de otros estimulantes, sin complicaciones, moderado/grave |  |  |  |  |
| F15.21 – Trastorno de consumo de otros estimulantes moderado/grave, en remisión |  |  |  |  |
| F15.9 – Consumo de otros estimulantes, sin especificar |  |  |  |  |
| **Trastornos relacionados con el consumo de alucinógenos** |  |  |  |  |
| F16.10 – Trastorno de consumo de alucinógenos, sin complicaciones, leve |  |  |  |  |
| F16.11 – Trastorno de consumo de alucinógenos, leve, en remisión |  |  |  |  |
| F16.20 – Trastorno de consumo de alucinógenos, sin complicaciones, moderado/grave |  |  |  |  |
| F16.21 – Trastorno de consumo de alucinógenos, moderado/grave, en remisión |  |  |  |  |
| F16.9 – Consumo de alucinógenos, sin especificar |  |  |  |  |
| **Trastornos relacionados con el consumo de inhalantes** |  |  |  |  |
| F18.10 – Trastorno de consumo de inhalantes, sin complicaciones, leve |  |  |  |  |
| F18.11 – Trastorno de consumo de inhalantes, leve, en remisión |  |  |  |  |
| F18.20 – Trastorno de consumo de inhalantes, sin complicaciones, moderado/grave |  |  |  |  |
| F18.21 – Trastorno de consumo de inhalantes, moderado/grave, en remisión |  |  |  |  |
| F18.9 – Consumo de inhalantes, sin especificar |  |  |  |  |

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL (CONTINUACIÓN)

| **Diagnósticos relacionados con la salud conductual** | **¿Se diagnosticó?** | **Para cada diagnóstico seleccionado, indique si es el diagnóstico primario, secundario o terciario, en caso de conocerse** |
| --- | --- | --- |
| **Seleccione hasta 3** | **Primario** | **Secundario** | **Terciario** |
| **Trastornos relacionados con el consumo de otras sustancias psicoactivas** |  |  |  |  |
| F19.10 – Trastorno de consumo de otras sustancias psicoactivas, sin complicaciones, leve |  |  |  |  |
| F19.11 – Trastorno de consumo de otras sustancias psicoactivas en remisión |  |  |  |  |
| F19.20 – Trastorno de consumo de otras sustancias psicoactivas, sin complicaciones, moderado/grave |  |  |  |  |
| F19.21 – Trastorno de consumo de otras sustancias psicoactivas moderado/grave, en remisión |  |  |  |  |
| F19.9 – Consumo de otras sustancias psicoactivas, sin especificar |  |  |  |  |
| **Dependencia a la nicotina** |  |  |  |  |
| F17.20 – Trastorno de consumo de tabaco leve/moderado/grave |  |  |  |  |
| F17.21 – Trastorno de consumo de tabaco leve/moderado/grave, en remisión |  |  |  |  |
| **DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL**  |  |  |  |  |
| F20 – Esquizofrenia |  |  |  |  |
| F21 – Trastorno esquizotípico |  |  |  |  |
| F22 – Trastorno delirante |  |  |  |  |
| F23 – Trastorno psicótico breve |  |  |  |  |
| F24 – Trastorno psicótico compartido |  |  |  |  |
| F25 – Trastorno esquizoafectivo |  |  |  |  |
| F28 – Otro trastorno psicótico no causado por una sustancia o afección psicológica conocida |  |  |  |  |
| F29 – Psicosis no especificada no causada por una sustancia o afección psicológica conocida |  |  |  |  |
| F30 – Episodio maníaco |  |  |  |  |
| F31 – Trastorno bipolar |  |  |  |  |
| F32 – Trastorno depresivo mayor, episodio único |  |  |  |  |
| F33 – Trastorno depresivo mayor, recurrente |  |  |  |  |
| F34 – Trastornos del estado de ánimo [afectivos] persistentes |  |  |  |  |
| F39 – Trastorno del estado de ánimo [afectivo] no especificado |  |  |  |  |
| F40–F48 – Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con el estrés, somatoformes y otros trastornos mentales no psicóticos |  |  |  |  |
| F50 – Trastornos alimenticios |  |  |  |  |
| F51 – Trastornos del sueño no causados por una sustancia o afección psicológica conocida |  |  |  |  |
| F60.2 – Trastorno de personalidad antisocial |  |  |  |  |
| F60.3 – Trastorno límite de la personalidad |  |  |  |  |

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL (CONTINUACIÓN)

| **Diagnósticos relacionados con la salud conductual** | **¿Se diagnosticó?** | **Para cada diagnóstico seleccionado, indique si es el diagnóstico primario, secundario o terciario, en caso de conocerse** |
| --- | --- | --- |
| **Seleccione hasta 3** | **Primario** | **Secundario** | **Terciario** |
| F60.0, F60.1, F60.4–F69 – Otros trastornos de la personalidad |  |  |  |  |
| F70–F79 – Discapacidades intelectuales |  |  |  |  |
| F80–F89 – Trastornos generalizados o específicos del desarrollo |  |  |  |  |
| F90 – Trastornos por déficit de atención e hiperactividad |  |  |  |  |
| F91 – Trastornos del comportamiento |  |  |  |  |
| F93 – Trastornos emocionales que aparecieron en la infancia |  |  |  |  |
| F94 – Trastornos de la función social que aparecieron en la infancia o adolescencia |  |  |  |  |
| F95 – Trastorno de tic |  |  |  |  |
| F98 – Otros trastornos conductuales y emocionales cuya aparición suele darse en la infancia y adolescencia |  |  |  |  |
| F99 – Trastorno mental no especificado |  |  |  |  |

 No sabe

 Ninguno de los anteriores

***[SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, VAYA A LA SECCIÓN A.]***

***[PARA TODAS LAS REEVALUACIONES:***

***SI SE REALIZÓ UNA ENTREVISTA, VAYA A LA SECCIÓN B.]***

***SI NO SE REALIZÓ UNA ENTREVISTA, VAYA A LA SECCIÓN I.]***

***[PARA EL ALTA MÉDICA:***

***SI SE REALIZÓ UNA ENTREVISTA, VAYA A LA SECCIÓN B.]***

***SI NO SE REALIZÓ UNA ENTREVISTA, VAYA A LA SECCIÓN J.]***

# A. DATOS DEMOGRÁFICOS

*[LA SECCIÓN A SOLO SE COMPLETA EN EL PERÍODO INICIAL. SI NO SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, VAYA A LA SECCIÓN B.]*

1. ¿Cuál es su género?

 MASCULINO

 FEMENINO

 TRANSGÉNERO

 OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 SE NEGÓ A CONTESTAR

1. ¿Es usted hispano o latino?

 SÍ

 NO ***[VAYA AL PUNTO 3.]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA AL PUNTO 3.]***

*[EN CASO AFIRMATIVO]* ¿A qué grupo étnico considera que pertenece? Conteste “sí” o “no” a cada una de las preguntas siguientes. Puede contestar “sí” a más de una.

| **Grupo étnico** | **SÍ** | **NO** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** |
| --- | --- | --- | --- |
| Centroamericano |  |  |  |
| Cubano |  |  |  |
| Dominicano |  |  |  |
| Mexicano |  |  |  |
| Portorriqueño |  |  |  |
| Sudamericano |  |  |  |
| OTRO |  |  | ***[EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE ABAJO.]*** |

(ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cuál considera que es su raza? Conteste “sí” o “no” a cada una de las siguientes opciones. Puede contestar “sí” a más de una.

| **Raza** | **SÍ** | **NO** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** |
| --- | --- | --- | --- |
| Nativo de Alaska |  |  |  |
| Nativo americano |  |  |  |
| Asiático |  |  |  |
| Negro o afroamericano |  |  |  |
| Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico |  |  |  |
| Blanco |  |  |  |

1. ¿Cuál es el mes y el año de su nacimiento?

|\_\_\_\_|\_\_\_\_| / |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

 MES AÑO

 SE NEGÓ A CONTESTAR

A. DATOS DEMOGRÁFICOS (CONTINUACIÓN)

1. ¿Con cuál de las siguientes opciones se identifica usted?

 Heterosexual

 [SI ES MUJER, ENTONCES “Lesbiana”] o gay

 Bisexual

 OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 SE NEGÓ A CONTESTAR

 NO SABE

*[SI SE REALIZÓ UNA ENTREVISTA, CONTINÚE CON LA SECCIÓN B.]*

*[SI NO SE REALIZÓ UNA ENTREVISTA, DETÉNGASE AQUÍ.]*

# B. DESEMPEÑO

1. ¿Cómo calificaría su salud general ahora mismo?

 Excelente

 Muy buena

 Buena

 Regular

 Mala

 SE NEGÓ A CONTESTAR

 NO SABE

1. Seleccione la respuesta que describa mejor su situación. *Me siento capaz de administrar mis necesidades de atención médica:*

 La mayoría de las veces lo hago solo

 Algunas veces lo hago solo y otras veces, con el apoyo de otras personas

 Con el apoyo de otras personas la mayoría de las veces

 Pocas veces o nunca

 SE NEGÓ A CONTESTAR

 NO SABE

B. DESEMPEÑO (CONTINUACIÓN)

1. A fin de proporcionarle los mejores servicios posibles de salud mental y otros servicios relacionados, necesitamos saber lo que piensa sobre qué tan bien pudo enfrentarse a su vida diaria durante los últimos 30 días. Indique si está de acuerdo/en desacuerdo con cada una de las siguientes declaraciones.

***[LEA CADA DECLARACIÓN SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA PARA EL CONSUMIDOR.]***

| DECLARACIÓN | OPCIONES DE RESPUESTAS |
| --- | --- |
| **Muy en desacuerdo** | **En desacuerdo** | **Indeciso** | **De acuerdo** | **Muy de acuerdo** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** | **NO CORRESPONDE** |
| 1. **Me las arreglo bien con mis problemas diarios.**
 |  |  |  |  |  |  |   |
| 1. **Puedo controlar mi vida.**
 |  |  |  |  |  |  |   |
| 1. **Soy capaz de enfrentarme a la crisis.**
 |  |  |  |  |  |  |   |
| 1. **Me llevo bien con mi familia.**
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Me desenvuelvo bien en las situaciones sociales.**
 |  |  |  |  |  |  |   |
| 1. **Me desenvuelvo bien en la escuela y/o el trabajo.**
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Mi situación de vivienda es satisfactoria.**
 |  |  |  |  |  |  |   |
| 1. **Mis síntomas no me molestan.**
 |  |  |  |  |  |  |   |

1. Las siguientes preguntas son sobre cómo se ha sentido durante los últimos 30 días. Para cada pregunta, indique con qué frecuencia se ha sentido de esa manera.

***[LEA CADA PREGUNTA SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA PARA EL CONSUMIDOR.]***

| PREGUNTA | OPCIONES DE RESPUESTAS |
| --- | --- |
| **Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se ha sentido…** | **Todo el tiempo** | **La mayor parte** **del tiempo** | **Algunas veces** | **Pocas veces** | **Nunca** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** | **NO SABE** |
| **a. nervioso?** |  |  |  |  |  |  |  |
| **b. desesperanzado?** |  |  |  |  |  |  |  |
| **c. inquieto o impaciente?** |  |  |  |  |  |  |  |
| **d. tan deprimido que nada podía animarlo?** |  |  |  |  |  |  |  |
| **e. que todo requería un esfuerzo?** |  |  |  |  |  |  |  |
| **f. inútil?** |  |  |  |  |  |  |  |

| PREGUNTA | OPCIONES DE RESPUESTAS |
| --- | --- |
| **Durante los últimos 30 días...** | **Para nada** | **Un poco** | **Moderadamente** | **Considerablemente** | **Extremadamente** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** | **NO SABE** |
| **g. ¿cuánto le han molestado estos problemas psicológicos o emocionales?** |  |  |  |  |  |  |  |

B. DESEMPEÑO (CONTINUACIÓN)

1. Las siguientes preguntas son sobre cómo se ha sentido durante las últimas 4 semanas.

***[LEA CADA PREGUNTA SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA PARA EL CONSUMIDOR.]***

| PREGUNTA | OPCIONES DE RESPUESTAS |
| --- | --- |
| **Durante las últimas 4 semanas...** | **Muy mala** | **Mala** | **Ni buena** **ni mala** | **Buena** | **Muy buena** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** | **NO SABE** |
| 1. **¿cómo calificaría su calidad de vida?**
 |  |  |  |  |  |  |  |

| PREGUNTA | OPCIONES DE RESPUESTAS |
| --- | --- |
| **Durante las últimas 4 semanas...** | **Para nada** | **Un poco** | **Moderadamente** | **Casi siempre** | **Completamente** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** | **NO SABE** |
| 1. **¿ha tenido suficiente energía para la vida cotidiana?**
 |  |  |  |  |  |  |  |

| PREGUNTA | OPCIONES DE RESPUESTAS |
| --- | --- |
| **Durante las últimas 4 semanas...** | **Muy insatisfecho** | **Insatisfecho** | **Ni satisfecho ni insatisfecho**  | **Satisfecho** | **Muy satisfecho** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** | **NO SABE** |
| 1. **¿cuán satisfecho se ha sentido con respecto a su capacidad para llevar a cabo sus actividades diarias?**
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **¿cuán satisfecho se ha sentido con su salud?**
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **¿cuán satisfecho ha estado con usted mismo?**
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **¿cuán satisfecho ha estado con sus relaciones personales?**
 |  |  |  |  |  |  |  |

B. DESEMPEÑO (CONTINUACIÓN)

1. Las siguientes preguntas están relacionadas con su experiencia con el alcohol, los cigarrillos y otras drogas. Algunas de las sustancias sobre las que hablaremos son de prescripción médica (como los analgésicos). No obstante, solo las anotaré si las tomó por razones o en dosis distintas de las recetadas.

*[LEA CADA PREGUNTA SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA PARA EL CONSUMIDOR.]*

| PREGUNTA | OPCIONES DE RESPUESTAS |
| --- | --- |
| **Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha consumido…** | **Nunca** | **Una o dos veces** | **Semanalmente** | **A diario o casi a diario** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** | **NO SABE** |
| 1. **productos a base de tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, cigarros o puros, etc.)?**
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. **bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, etc.)?**
 |  |  |  |  |  |  |
| **b1. *[SI B ES ≥ UNA O DOS VECES Y EL ENCUESTADO ES UN HOMBRE],* ¿cuántas veces en los últimos 30 días ha consumido cinco o más bebidas alcohólicas en un día? *[ACLARE SI ES NECESARIO:* Una bebida alcohólica estándar (p. ej., 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino, 1.5 onzas de licor)*]***. |  |  |  |  |  |  |
| **b2. *[SI B ES ≥ UNA O DOS VECES Y EL ENCUESTADO NO ES UN HOMBRE],* ¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha consumido cuatro o más bebidas alcohólicas en un día? *[ACLARE SI ES NECESARIO:* Una bebida alcohólica estándar (p. ej., 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino, 1.5 onzas de licor)*]***. |  |  |  |  |  |  |
| 1. **cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)?**
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. **cocaína (coca, crack, etc.)?**
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. **estimulantes de venta bajo receta (Ritalin, Concerta, Adderall, píldoras para adelgazar, etc.)?**
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. **metanfetamina (speed, cristal, meta, hielo, etc.)?**
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. **inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, diluyente de pintura, etc.)?**
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. **sedantes o somníferos (Valium, Serepax, Ativan, Librium, Xanax, Rohypnol, GHB, etc.)?**
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. **alucinógenos (LSD, ácido, hongos, PCP, Special K, éxtasis, etc.)?**
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. **opioides callejeros (heroína, opio, etc.)?**
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. **opioides de venta bajo receta (fentanilo, oxicodona [OxyContin, Percocet], hidrocodona [Vicodin], metadona, buprenorfina, etc.)?**
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. **otro; especifique (cigarrillos electrónicos, etc.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
 |  |  |  |  |  |  |

B. DESEMPEÑO (CONTINUACIÓN)

*[OPCIONAL**:* *PUNTUACIÓN DE LA EVALUACIÓN GLOBAL DEL DESEMPEÑO (GAF) INFORMADA POR EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN SEGÚN EL CRITERIO DEL PROYECTO.]*

FECHA EN QUE SE LLEVÓ A CABO LA GAF: |\_\_\_\_|\_\_\_\_| / |\_\_\_\_|\_\_\_\_| / |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

 MES DÍA AÑO

¿CUÁL FUE LA PUNTUACIÓN DEL CONSUMIDOR? GAF = |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

# B. FAMILIAS DE MILITARES Y DESPLIEGUE POR MOTIVOS MILITARES

*[LAS PREGUNTAS 7 A 10 SOLO SE HACEN EN EL PERÍODO INICIAL. SI NO SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, VAYA A LA PREGUNTA 11.]*

1. ¿Alguna vez ha prestado servicios en las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional?

 SÍ

 NO ***[VAYA A LA PREGUNTA 8.]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 8.]***

 NO SABE ***[VAYA A LA PREGUNTA 8.]***

***[EN CASO AFIRMATIVO]* ¿En cuál de las siguientes entidades prestó servicios? Brinde una respuesta para cada una de las siguientes opciones. Puede contestar “sí” a más de una.**

| **RAMA DE SERVICIO** | **SÍ** | **NO** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** | **NO SABE**  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * Fuerzas Armadas
 |  |  |  |  |
| * Reservas
 |  |  |  |  |
| * Guardia Nacional
 |  |  |  |  |

7a. ¿Actualmente está prestando servicios en las Fuerzas Armadas, la Reserva o la Guardia Nacional?

 SÍ

 NO ***[VAYA A LA PREGUNTA 7b.]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 7b.]***

 NO SABE ***[VAYA A LA PREGUNTA 7b.]***

***[EN CASO AFIRMATIVO]* ¿En cuál de las siguientes entidades está prestando servicios actualmente? Proporcione una respuesta para cada una de las siguientes opciones. Puede contestar “sí” a más de una.**

| **RAMA DE SERVICIO** | **SÍ** | **NO** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** | **NO SABE**  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * Fuerzas Armadas
 |  |  |  |  |
| * Reservas
 |  |  |  |  |
| * Guardia Nacional
 |  |  |  |  |

B. FAMILIAS DE MILITARES Y DESPLIEGUE POR MOTIVOS MILITARES (CONTINUACIÓN)

7b. ¿Alguna vez lo han enviado a una zona de combate?

 SÍ

 NO ***[VAYA A LA PREGUNTA 8.]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 8.]***

 NO SABE ***[VAYA A LA PREGUNTA 8.]***

***[EN CASO AFIRMATIVO]* ¿A cuál de las siguientes zonas de combate lo han enviado? Proporcione una respuesta para cada una de las siguientes opciones. Puede contestar “sí” a más de una.**

| **Zonas de combate** | **SÍ** | **NO** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** | **NO SABE**  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Irak o Afganistán (por ej., Operación Libertad Duradera/Operación Libertad para Irak/Operación Nuevo Amanecer) |  |  |  |  |
| Golfo pérsico (Operación Escudo del Desierto o Tormenta del Desierto) |  |  |  |  |
| Vietnam/Sudeste Asiático |  |  |  |  |
| Corea |  |  |  |  |
| Segunda Guerra Mundial |  |  |  |  |
| Enviado a una zona de combate no incluida anteriormente (por ej., Somalia, Bosnia, República de Kosovo) |  |  |  |  |

1. ¿Actualmente alguien de su familia o alguna persona cercana a usted está prestando servicios de manera activa o está jubilado/separado de las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional?

 Sí, solo una persona

 Sí, más de una persona

 No

 SE NEGÓ A CONTESTAR

 NO SABE

# B. VIOLENCIA Y TRAUMA

1. ¿Alguna vez ha sufrido violencia o traumas en alguna situación (esto incluye violencia comunitaria o escolar; violencia doméstica; maltrato/acoso físico, psicológico o sexual dentro o fuera de la familia; desastres naturales; actos terroristas; abandono; o pérdida traumática)?

 SÍ

 NO ***[VAYA A LA PREGUNTA 11.]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 11.]***

 NO SABE ***[VAYA A LA PREGUNTA 11.]***

B. VIOLENCIA Y TRAUMA (CONTINUACIÓN)

1. ¿Alguna de esas experiencias fue tan aterradora, horrible o perturbadora que sintió y/o siente lo siguiente?

| **En el pasado y/o en el presente...** | **SÍ** | **NO** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** | **NO SABE**  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **¿Ha tenido o tiene pesadillas sobre eso o ha pensado o piensa en ellas sin querer hacerlo?**
 |  |  |  |  |
| 1. **¿Se ha esforzado o se esfuerza por no pensar en eso o evitar situaciones que le recuerdan eso?**
 |  |  |  |  |
| 1. **¿Ha estado o está constantemente en alerta o atento o se ha sobresaltado con facilidad?**
 |  |  |  |  |
| 1. **¿Se ha sentido o se siente insensible y distante de las demás personas, actividades o su entorno?**
 |  |  |  |  |

1. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia lo han golpeado, pateado, abofeteado o lastimado de otra manera físicamente?

 Nunca

 Una vez

 Algunas veces

 Más de un par de veces

 SE NEGÓ A CONTESTAR

 NO SABE

# C. ESTABILIDAD RESPECTO DE UNA VIVIENDA

| 1. En los últimos 30 días, ¿cuántas... | **Cantidad de noches/veces** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** | **NO SABE** |
| --- | --- | --- | --- |
| a. noches ha pasado sin tener un hogar? | |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  |
| b. noches ha pasado en un hospital para recibir atención para la salud mental? | |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  |
| c. noches ha pasado en un centro de desintoxicación/hospital o residencia para recibir tratamiento por abuso de sustancias? | |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  |
| d. noches ha pasado en instituciones penitenciarias, incluidas cárceles o prisiones? | |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  |
| ***[SUME LA CANTIDAD TOTAL DE NOCHES QUE PASÓ SIN HOGAR PROPIO, EN UN HOSPITAL PARA RECIBIR ATENCIÓN PARA LA SALUD MENTAL, EN UN CENTRO DE DESINTOXICACIÓN/HOSPITAL O RESIDENCIA PARA RECIBIR TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS O EN UNA INSTITUCIÓN PENITENCIARIA. (LOS PUNTOS 1A-1D NO PUEDEN EXCEDER 30 NOCHES).]*** | |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |   |   |
| e. veces ha ido a una sala de emergencias por un problema psiquiátrico o emocional? | |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  |

[***SI LOS PUNTOS 1A, 1B, 1C O 1D SUPERAN LAS 16 NOCHES, VAYA A LA SECCIÓN D.]***

C. ESTABILIDAD RESPECTO DE UNA VIVIENDA (CONTINUACIÓN)

1. En los últimos 30 días, ¿dónde ha estado viviendo la mayor parte del tiempo?

***[NO LE LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTAS AL CONSUMIDOR. SELECCIONE SOLAMENTE UNA OPCIÓN.]***

 CASA, APARTAMENTO, REMOLQUE, HABITACIÓN PROPIOS O ALQUILADOS

 CASA, APARTAMENTO, REMOLQUE O HABITACIÓN DE OTRA PERSONA

 SIN HOGAR (REFUGIO, CALLE/AIRE LIBRE, PARQUE)

 HOGAR GRUPAL

 HOGAR DE ACOGIDA PARA ADULTOS

 HOGAR TRANSITORIO

 HOSPITAL (RAZONES MÉDICAS)

 HOSPITAL (PSIQUIÁTRICO)

 CENTRO DE DESINTOXICACIÓN/HOSPITAL O RESIDENCIA PARA EL TRATAMIENTO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS

 INSTALACIONES PENITENCIARIAS (CÁRCEL/PRISION)

 RESIDENCIA DE ANCIANOS

 HOSPITAL PARA LA ATENCIÓN DE LOS VETERANOS (VA)

 RESIDENCIA PARA VETERANOS

 BASE MILITAR

 OTRO TIPO DE VIVIENDA (ESPECIFIQUE)

 SE NEGÓ A CONTESTAR

 NO SABE

**3. Durante las últimas 4 semanas...**

***[LÉALE LA PREGUNTA SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL CONSUMIDOR.]***

| PREGUNTA | OPCIONES DE RESPUESTAS |
| --- | --- |
| **Durante las últimas 4 semanas...** | **Muy insatisfecho** | **Insatisfecho** | **Ni satisfecho ni insatisfecho** | **Satisfecho** | **Muy satisfecho** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** | **NO SABE** |
| **a. ¿cuán satisfecho ha estado con las condiciones del lugar donde vive?** |  |  |  |  |  |  |  |

# D. EDUCACIÓN Y EMPLEO

* 1. ¿Está inscrito actualmente en una escuela o programa de capacitación laboral?

***[SI ESTÁ INSCRITO]* ¿Es a tiempo completo o parcial?**

 NO ESTÁ INSCRITO

 ESTÁ INSCRITO A TIEMPO COMPLETO

 ESTÁ INSCRITO A TIEMPO PARCIAL

 OTRO (ESPECIFIQUE)

 SE NEGÓ A CONTESTAR

 NO SABE

D. EDUCACIÓN Y EMPLEO (CONTINUACIÓN)

* 1. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios alcanzado, independientemente de que haya obtenido un título o no?

 INFERIOR A 12.° GRADO

 12.° GRADO/TÍTULO DE SECUNDARIA/EQUIVALENTE (EXAMEN DE DESARROLLO DE EDUCACIÓN GENERAL, GED)

 TÍTULO VOCACIONAL/TÉCNICO

 CARRERA UNIVERSITARIA O ESTUDIOS SUPERIORES INCOMPLETOS

 TÍTULO DE GRADO (Bachelor of Arts [BA], Bachelor of Science [BS])

 TRABAJO/TÍTULO DE POSGRADO

 SE NEGÓ A CONTESTAR

 NO SABE

* 1. ¿Actualmente está empleado?

***[ACLARE CENTRÁNDOSE EN EL ESTADO RESPECTO DE LA MAYOR PARTE DE LA ÚLTIMA SEMANA Y DETERMINE SI EL CONSUMIDOR TRABAJÓ O TUVO UN TRABAJO REGULAR, PERO FALTÓ AL TRABAJO.]***

 EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO (ESTUVO O DEBERÍA HABER ESTADO MÁS DE 35 HORAS POR SEMANA EN EL TRABAJO)

 EMPLEADO A TIEMPO PARCIAL

 DESEMPLEADO, PERO BUSCANDO TRABAJO

 DESEMPLEADO, DISCAPACITADO

 DESEMPLEADO, PERO CON TRABAJO VOLUNTARIO

 DESEMPLEADO, JUBILADO

 DESEMPLADO Y NO ESTÁ BUSCANDO TRABAJO

 OTRO (ESPECIFIQUE)

 SE NEGÓ A CONTESTAR

 NO SABE

**3a. *[SI ESTÁ EMPLEADO.]***

|   | **Sí** | **No** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** | **NO SABE** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * **¿Recibe un salario mínimo o superior al mínimo?1**
 |  |  |  |  |
| * **¿Su empleador le paga directamente a usted su salario?**
 |  |  |  |  |
| * **¿Cualquier persona podría haber solicitado este trabajo?**
 |  |  |  |  |

* 1. Durante las últimas 4 semanas...

***[LÉALE LA PREGUNTA SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL CONSUMIDOR.]***

| PREGUNTA | OPCIONES DE RESPUESTAS |
| --- | --- |
| **Durante las últimas 4 semanas...** | **Para nada** | **Un poco** | **Moderadamente** | **Casi siempre** | **Completamente** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** | **NO SABE** |
| **a. ¿ha tenido dinero suficiente para satisfacer sus necesidades?** |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Para obtener información sobre el salario mínimo a nivel federal, consulte <https://www.dol.gov/general/topic/wages>.

# E. SITUACIÓN PENAL Y RELACIONADA CON LA JUSTICIA PENAL

* 1. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces lo arrestaron?

|\_\_\_\_|\_\_\_\_| VECES  SE NEGÓ A CONTESTAR  NO SABE

***[SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, VAYA A LA SECCIÓN G. DE LO CONTRARIO, VAYA A LA SECCIÓN F.]***

# F. PERCEPCIÓN SOBRE EL CUIDADO

***[LA SECCIÓN F NO SE RECOPILA EN EL PERÍODO INICIAL. PARA CONSULTAR LAS ENTREVISTAS DEL PERÍODO INICIAL, VAYA A LA SECCIÓN G.]***

* 1. A fin de proporcionar los mejores servicios de salud mental y otros servicios relacionados, necesitamos saber lo que piensa sobre los servicios que ha recibido durante los últimos 30 días, sobre las personas que los proporcionaron y los resultados. Indique si está de acuerdo/en desacuerdo con cada una de las siguientes declaraciones.

***[LEA CADA DECLARACIÓN SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA PARA EL CONSUMIDOR.]***

|  |  |
| --- | --- |
| DECLARACIÓN | OPCIONES DE RESPUESTAS |
| **Muy en desacuerdo** | **En desacuerdo** | **Indeciso** | **De acuerdo** | **Muy de acuerdo** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** | **NO CORRESPONDE** |
| 1. **El personal de aquí cree que puedo desarrollar, cambiar y recuperarme.**
 |  |  |  |  |  |  |   |
| 1. **Siento que puedo expresar mis quejas libremente.**
 |  |  |  |  |  |  |   |
| 1. **Me dieron información sobre mis derechos.**
 |  |  |  |  |  |  |   |
| 1. **El personal me alentó a que asumiera la responsabilidad de cómo llevo adelante mi vida.**
 |  |  |  |  |  |  |   |
| 1. **El personal me dijo cuáles eran los efectos secundarios a los que debía prestarles atención.**
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **El personal respetó mis deseos sobre a quién se le puede brindar información sobre mi tratamiento y a quién no.**
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **El personal tuvo sensibilidad con mis antecedentes culturales (raza, religión, idioma, etc.).**
 |  |  |  |  |  |  |   |
| 1. **El personal me ayudó a obtener la información que necesitaba para poder encargarme del tratamiento de mi enfermedad.**
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Se me alentó a usar programas dirigidos por el consumidor (grupos de apoyo, centros de hospitalidad, línea telefónica para crisis, etc.).**
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Me sentí cómodo haciendo preguntas sobre mi tratamiento y medicamentos.**
 |  |  |  |  |  |  |  |

F. PERCEPCIÓN SOBRE EL CUIDADO (CONTINUACIÓN)

| AFIRMACIÓN  | OPCIONES DE RESPUESTAS |
| --- | --- |
| **Muy en desacuerdo** | **En desacuerdo** | **Indeciso** | **De acuerdo** | **Muy de acuerdo** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** | **NO CORRESPONDE** |
| 1. **Fui yo quien decidió mis objetivos de tratamiento, no el personal.**
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Me gustan los servicios que he recibido aquí.**
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Si tuviera otras opciones, me gustaría seguir recibiendo servicios de esta agencia.**
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Le recomendaría esta agencia a un amigo o familiar.**
 |  |  |  |  |  |  |  |

* 1. *[INDIQUE QUIÉN ADMINISTRÓ LA SECCIÓN F, PERCEPCIÓN SOBRE EL CUIDADO, AL ENTREVISTADO QUE CONTESTÓ ESTA ENTREVISTA.]*

 PERSONAL ADMINISTRATIVO

 COORDINADOR DE CUIDADOS

 ADMINISTRADOR DE CASOS

 MÉDICO CLÍNICO QUE PROPORCIONA SERVICIOS DIRECTOS

 MÉDICO CLÍNICO QUE NO PROPORCIONA SERVICIOS

 COLEGA DEL CONSUMIDOR

 RECOPILADOR DE DATOS

 EVALUADOR

 ABOGADO DE FAMILIAS

 PERSONAL ASISTENTE DE LA INVESTIGACIÓN

 AUTOADMINISTRADO

 OTRO (ESPECIFIQUE)

# G. RELACIONES SOCIALES

* 1. Indique si está en desacuerdo o de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Proporcione respuestas respecto de las relaciones con personas distintas de los proveedores de servicios de salud mental durante los últimos 30 días.

***[LEA CADA DECLARACIÓN SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA PARA EL CONSUMIDOR.]***

| DECLARACIÓN | OPCIONES DE RESPUESTAS |
| --- | --- |
| **Muy en desacuerdo** | **En desacuerdo** | **Indeciso** | **De acuerdo** | **Muy de acuerdo** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** |
| **a. Estoy contento con las amistades que tengo.** |  |  |  |  |  |  |
| **b. Conozco personas con las que puedo hacer cosas divertidas.** |  |  |  |  |  |  |
| **c. Siento que pertenezco a mi comunidad.** |  |  |  |  |  |  |
| **d. En caso de crisis, tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos.** |  |  |  |  |  |  |
| **e. Tengo familiares o amigos que me ayudan con mi recuperación.** |  |  |  |  |  |  |
| **f. Por lo general, logro lo que me propongo.** |  |  |  |  |  |  |

***[SI SU PROGRAMA NO REQUIERE LA SECCIÓN H:***

***SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, DETÉNGASE AHORA. LA ENTREVISTA ESTÁ COMPLETA.]***

***SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE REEVALUACIÓN, VAYA A LA SECCIÓN I Y LUEGO A LA SECCIÓN K.]***

***SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE ALTA MÉDICA, VAYA A LA SECCIÓN J Y LUEGO A LA SECCIÓN K.]***

***[SI SU PROGRAMA REQUIERE LA SECCIÓN H:***

***SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, VAYA A LA SECCIÓN H Y LUEGO DETÉNGASE. LA ENTREVISTA ESTARÁ COMPLETA.]***

***SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE REEVALUACIÓN, VAYA A LA SECCIÓN H Y LUEGO A LAS SECCIONES I Y K.]***

***SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE ALTA MÉDICA, VAYA A LA SECCIÓN H Y LUEGO A LAS SECCIONES J Y K.]***

# H. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

***USTED NO ES RESPONSABLE DE RECOPILAR INFORMACIÓN SOBRE TODAS LAS PREGUNTAS DE LA SECCIÓN H. SU OFICIAL DEL PROYECTO GUBERNAMENTAL (GPO) LE HA PROPORCIONADO ORIENTACIÓN SOBRE LAS PREGUNTAS DE LA SECCIÓN H ESPECÍFICAS QUE DEBE COMPLETAR. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, CONTACTE A SU GPO.***

***PARA OBTENER UNA LISTA DE PROGRAMAS QUE TIENEN REQUISITOS DE INFORMACIÓN ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA, CONSULTE EL APÉNDICE A DE LA GUÍA DE INSTRUCCIONES SOBRE CADA PREGUNTA DE LAS MEDIDAS A NIVEL DE CLIENTE DE LAS NOMs (MEDICIONES NACIONALES DE RESULTADOS) PARA PROGRAMAS PARA ADULTOS.***

# H1. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

***[EL CONSUMIDOR DEBE RESPONDER LA PREGUNTA 1 EN LA ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, DE REEVALUACIÓN Y DEL ALTA MÉDICA.]***

1. **En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tomado todos sus medicamentos psiquiátricos según lo recetado?**

 Siempre

 Generalmente

 A veces

 Rara vez

 Nunca

 SE NEGÓ A CONTESTAR

 NO SABE

***[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LA PREGUNTA 2 SOBRE EL CONSUMIDOR EN LA ENTREVISTA DE REEVALUACIÓN Y DEL ALTA MÉDICA.]***

1. **En los últimos 30 días, ¿en qué medida ha cumplido su plan de tratamiento el consumidor?**

 No lo cumplió

 Lo cumplió mínimamente

 Lo cumplió de manera moderada

 Lo cumplió significativamente

 Lo cumplió completamente

 NO SABE

# H2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

***[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LAS PREGUNTAS 1 Y 2 EN LA ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, DE REEVALUACIÓN Y DEL ALTA MÉDICA.]***

**1. ¿La prueba de detección de trastornos de la salud mental del consumidor fue positiva?**

 Prueba de detección del consumidor positiva

 Prueba de detección del consumidor negativa

 No se le realizó la prueba de detección al consumidor

* 1. ***[SI LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL CONSUMIDOR FUE POSITIVA]*, ¿Se derivó al consumidor a los siguientes tipos de servicios?**

 SÍ NO

Servicios de salud mental  

* 1. ***[SI SE DERIVÓ AL CONSUMIDOR A LOS SERVICIOS]* ¿Recibió los siguientes servicios?**

 SÍ NO NO SABE NO CORRESPONDE

Servicios de salud mental    

**2. ¿La prueba de detección de trastornos de consumo de sustancias del consumidor fue positiva?**

 Prueba de detección del consumidor positiva

 Prueba de detección del consumidor negativa

 No se le realizó la prueba de detección al consumidor

1. ***[SI LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL CONSUMIDOR FUE POSITIVA]*, ¿Se derivó al consumidor a los siguientes tipos de servicios?**

SÍ NO

Servicios relacionados con trastornos de consumo de sustancias  

1. ***[SI SE DERIVÓ AL CONSUMIDOR A LOS SERVICIOS]* ¿Recibió los siguientes servicios?**

SÍ NO NO SABE NO CORRESPONDE

Servicios relacionados con trastornos de consumo
de sustancias    

***[EL CONSUMIDOR DEBE RESPONDER LA PREGUNTA 3 EN LA ENTREVISTA DE REEVALUACIÓN Y DEL ALTA MÉDICA.]***

**3. Indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente declaración:**

**Los servicios comunitarios recibidos a través del programa de *[INSERTAR EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]* me han ayudado a evitar tener más contacto con la policía o el sistema de justicia penal.**

 Muy en desacuerdo

 En desacuerdo

 Indeciso

 De acuerdo

 Muy de acuerdo

 SE NEGÓ A CONTESTAR

 NO SABE

# H3. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

***[EL CONSUMIDOR DEBE RESPONDER LA PREGUNTA 1 EN LA ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, DE REEVALUACIÓN Y DEL ALTA MÉDICA.]***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces...** | **Cantidad de veces** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** | **NO SABE** |
| **a. fue a una sala de emergencias por un problema de salud físico?** | |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  |
| **b. ha estado hospitalizado durante una noche por un problema de salud físico?*****[INFORME LA CANTIDAD DE NOCHES QUE ESTUVO HOSPITALIZADO.]*** | |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  |

***[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LA PREGUNTA 2 EN LA ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, DE REEVALUACIÓN Y DEL ALTA MÉDICA.]***

**2. Indique qué tipos de fuentes de financiación se utilizaron o se utilizarán para pagar los servicios proporcionados a este consumidor desde su última entrevista. (marque todas las opciones que correspondan):**

 Financiación de la subvención de la SAMHSA actual

 Otra financiación de subvención federal

 Financiación estatal

 Seguro privado del consumidor

 Medicaid/Medicare

 Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***[EL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LOS PUNTOS DE SALUD ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA SOBRE EL CONSUMIDOR.]***

**Puntos de salud específicos del programa**

1. Mediciones de salud:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Presión arterial sistólica |   | mmHg |
| b. | Presión arterial diastólica |   | mmHg |
| c. | Peso |   | kg |
| d. | Estatura |   | cm |
| e. | Circunferencia de la cintura |   | cm |
| f. | Control de monóxido de carbono inhalado para determinar la situación de tabaquismo |   | ppm |

2. ¿El paciente hizo ayuno de 8 horas correctamente antes de proporcionar la muestra de sangre?

3. Resultados del análisis de sangre:

a. Fecha de la extracción de sangre: |\_\_\_\_|\_\_\_\_| / |\_\_\_\_|\_\_\_\_| / |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|
 MES DÍA AÑO

***[PARA LAS PREGUNTAS 3b Y 3c: INGRESE UNA O LA OTRA; NO AMBAS.]***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| b. | Glucosa plasmática en ayunas  |   | mg/dL |
| c. | HgBA1c |   | % |
| d. | Colesterol total |   | mg/dL |
| e. | Colesterol HDL |   | mg/dL |
| f. | Colesterol LDL |   | mg/dL |
| g. | Triglicéridos |   | mg/dL |

# H4. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

***[EL CONSUMIDOR DEBE RESPONDER LAS PREGUNTAS 1 Y 2 EN LA ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, DE REEVALUACIÓN Y DEL ALTA MÉDICA.]***

**1a. ¿El programa brindó una prueba de VIH?**

 Sí

 No ***[VAYA A LA PREGUNTA H1b.]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA H1b.]***

 NO SABE ***[VAYA A LA PREGUNTA H1b.]***

***[EN CASO AFIRMATIVO]* ¿Cuál fue el resultado?**

 Positivo

 Negativo ***[VAYA A LA PREGUNTA H1b.]***

 Indeterminado ***[VAYA A LA PREGUNTA H1b.]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA H1b.]***

 NO SABE ***[VAYA A LA PREGUNTA H1b.]***

***[SI LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL CONSUMIDOR FUE POSITIVA]*, ¿Lo pusieron en contacto con servicios para el tratamiento del VIH?**

 Sí

 No

 SE NEGÓ A CONTESTAR

 NO SABE

**1b. ¿El programa brindó una prueba de la hepatitis B (HBV)?**

 Sí

 NO ***[VAYA A LA PREGUNTA H1c.]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA H1c.]***

 NO SABE ***[VAYA A LA PREGUNTA H1c.]***

***[EN CASO AFIRMATIVO]* ¿Cuál fue el resultado?**

 Positivo

 Negativo ***[VAYA A LA PREGUNTA H1c.]***

 Indeterminado ***[VAYA A LA PREGUNTA H1c.]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA H1c.]***

 NO SABE ***[VAYA A LA PREGUNTA H1c.]***

***[SI LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL CONSUMIDOR FUE POSITIVA]*, ¿Lo pusieron en contacto con servicios para el tratamiento de la HBV?**

 Sí

 No

 SE NEGÓ A CONTESTAR

 NO SABE

**1c. ¿El programa proporcionó una prueba de la hepatitis C (HCV)?**

 Sí

 NO ***[VAYA A LA PREGUNTA H2a.]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA H2a.]***

 NO SABE ***[VAYA A LA PREGUNTA H2a.]***

H4. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA (CONTINUACIÓN)

***[EN CASO AFIRMATIVO]* ¿Cuál fue el resultado?**

 Positivo

 Negativo ***[VAYA A LA PREGUNTA H2a.]***

 Indeterminado ***[VAYA A LA PREGUNTA H2a.]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA H2a.]***

 NO SABE ***[VAYA A LA PREGUNTA H2a.]***

***[SI LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL CONSUMIDOR FUE POSITIVA]*, ¿Lo pusieron en contacto con servicios para el tratamiento de la HCV?**

 Sí

 No

 SE NEGÓ A CONTESTAR

 NO SABE

**2a. *[SI EL RESULTADO DE LA PRUEBA DE VIH ES POSITIVO]*, ¿Recibió una derivación de *[INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]* para recibir atención médica?**

 Sí

 No

 SE NEGÓ A CONTESTAR

 NO SABE

**2b. ¿Se le recetó un medicamento antirretroviral (ART)?**

 Sí

 No ***[VAYA A LAS SECCIONES I O J/K]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LAS SECCIONES I O J/K]***

 NO SABE ***[VAYA A LAS SECCIONES I O J/K]***

***[PARA LOS CONSUMIDORES QUE INFORMEN QUE SE LES HA RECETADO UN ART]* En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tomado sus ART según lo recetado?**

 Siempre

 Generalmente

 A veces

 Rara vez

 Nunca

 SE NEGÓ A CONTESTAR

 NO SABE

 NO CORRESPONDE

***[SI SE LE RECETÓ POR PRIMERA VEZ EL MEDICAMENTO EN ESTA CONSULTA, SELECCIONE “NO CORRESPONDE”.]***

# H5. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

***[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LAS PREGUNTAS 1 Y 2 EN LA ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, DE REEVALUACIÓN Y DEL ALTA MÉDICA.]***

**1. ¿La prueba de detección de trastornos de la salud mental del consumidor fue positiva?**

 Prueba de detección del consumidor positiva

 Prueba de detección del consumidor negativa

 No se le realizó la prueba de detección al consumidor

**a. *[SI LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL CONSUMIDOR FUE POSITIVA]*, ¿Se derivó al consumidor a los siguientes tipos de servicios?**

 SÍ NO

Servicios de salud mental  

**b. *[SI SE DERIVÓ AL CONSUMIDOR A LOS SERVICIOS]*, ¿Recibió los siguientes servicios?**

 SÍ NO NO SABE NO CORRESPONDE

Servicios de salud mental    

**2. ¿La prueba de detección de trastornos de consumo de sustancias al consumidor fue positiva?**

 Prueba de detección del consumidor positiva

 Prueba de detección del consumidor negativa

 No se le realizó la prueba de detección al consumidor

**a. *[SI LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL CONSUMIDOR FUE POSITIVA]*, ¿Se derivó al consumidor a los siguientes tipos de servicios?**

SÍ NO

Servicios relacionados con trastornos de consumo de sustancias  

**b. *[SI SE DERIVÓ AL CONSUMIDOR A LOS SERVICIOS]*, ¿Recibió los siguientes servicios?**

SÍ NO NO SABE NO CORRESPONDE

Servicios relacionados con trastornos de consumo
de sustancias    

# H6. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

***[EL CONSUMIDOR DEBE RESPONDER LA PREGUNTA 1 EN LA ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, DE REEVALUACIÓN Y DEL ALTA MÉDICA.]***

| **1. Durante los últimos 30 días:** | **Cantidad de veces** | **SE NEGÓ A CONTESTAR** | **NOSABE** |
| --- | --- | --- | --- |
| **a. ¿Cuántas veces ha pensado en suicidarse?** | |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  |
| **b. ¿Cuántas veces intentó suicidarse?** | |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  |

***[EL CONSUMIDOR DEBE RESPONDER LA PREGUNTA 2 EN LA ENTREVISTA DE REEVALUACIÓN Y DEL ALTA MÉDICA.]***

1. **¿Con qué frecuencia interactúa un miembro de su equipo con usted?**

 Varias veces al día

 Casi todos los días

 Pocas veces a la semana

 Alrededor de una vez por semana

 Pocas veces al mes

 Alrededor de una vez al mes

 Menos de una vez al mes

 SE NEGÓ A CONTESTAR

 NO SABE

# H7. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

***[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LA PREGUNTA 1 EN LA ENTREVISTA DE REEVALUACIÓN Y DEL ALTA MÉDICA.]***

1. **¿El consumidor ha presentado un primer episodio de psicosis (FEP) desde la última entrevista?**

 Sí

 No

 NO SABE

**a. *[EN CASO AFIRMATIVO]* Indique la fecha aproximada en la que el consumidor presentó el FEP por primera vez.**

 |\_\_\_|\_\_\_| / |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|
 MES AÑO

**b. *[EN CASO AFIRMATIVO]* ¿Se derivó al consumidor a servicios relacionados con el FEP?**

 Sí

 No

 NO SABE

***[SI SE DERIVÓ AL CONSUMIDOR A SERVICIOS RELACIONADOS CON EL FEP]* Indique la fecha en la que el consumidor recibió servicios/un tratamiento relacionado con el FEP por primera vez.**

|\_\_\_|\_\_\_| / |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| NO SABE
 MES AÑO 

***[EL CONSUMIDOR DEBE RESPONDER LA PREGUNTA 2 EN LA ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, DE REEVALUACIÓN Y DEL ALTA MÉDICA SI ACTUALMENTE ESTÁ INSCRITO EN UNA ESCUELA.]***

1. ***[SI EL CONSUMIDOR INDICÓ QUE ESTABA INSCRITO EN UNA ESCUELA]* Durante los últimos 30 días de clases, ¿cuántos días faltó por cualquier motivo?**

|\_\_\_|\_\_\_| CANT. DE DÍAS  SE NEGÓ A CONTESTAR  NO SABE  NO CORRESPONDE

# H8. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

***[EL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LOS PUNTOS DE SALUD ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA SOBRE EL CONSUMIDOR.]***

* 1. Mediciones de salud:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Presión arterial sistólica |   | mmHg |
| b. | Presión arterial diastólica |   | mmHg |
| c. | Peso |   | kg |
| d. | Estatura |   | cm |
| e. | Circunferencia de la cintura |   | cm |

***[SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, DETÉNGASE AQUÍ.]***

***[SI SE TRATA DE UNA REEVALUACIÓN, VAYA A LA SECCIÓN I.]***

***[SI SE TRATA DE UN ALTA MÉDICA, VAYA A LA SECCIÓN J.]***

# I. ESTADO DE REEVALUACIÓN

***[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LA SECCIÓN I EN LA REEVALUACIÓN.]***

1. ¿Usted u otro miembro del personal de la subvención han tenido contacto con el consumidor en los últimos 90 días desde el último encuentro?

 Sí

 No

1. ¿El consumidor aún está recibiendo servicios de su proyecto?

 Sí

 No

***[VAYA A LA SECCIÓN K.]***

# J. ESTADO DEL ALTA MÉDICA

***[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LA SECCIÓN J SOBRE EL CONSUMIDOR EN EL ALTA MÉDICA.]***

1. ¿En qué fecha se le dio el alta al consumidor?

 |\_\_\_|\_\_\_| / |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|
 MES AÑO

1. ¿Cuál es el estado de alta del consumidor?

 Interrumpió el tratamiento de mutuo acuerdo.

 Abandonó/rechazó el tratamiento.

 No hubo ningún contacto en los últimos 90 días posteriores al último encuentro.

 Derivación médica

 Fallecimiento

 Otro (especifique)

***[VAYA A LA SECCIÓN K.]***

# K. SERVICIOS RECIBIDOS

***[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LA SECCIÓN K EN LA REEVALUACIÓN Y EN EL ALTA MÉDICA, A MENOS QUE EL CONSUMIDOR HAYA RECHAZADO ESTA O TODAS LAS ENTREVISTAS, EN CUYO CASO, LA SECCIÓN ES OPCIONAL.]***

1. ¿En qué fecha recibió servicios por última vez el consumidor?

 |\_\_\_|\_\_\_| / |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|
 MES AÑO

***[IDENTIFIQUE TODOS LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS POR SU PROYECTO AL CONSUMIDOR DESDE SU ÚLTIMA ENTREVISTA DE NOMs; ESTO INCLUYE LOS SERVICIOS FINANCIADOS Y NO FINANCIADOS POR EL CMHS.]***

| **Servicios básicos** | **Proporcionado** | **SE DESCONOCE** | **SERVICIO NO DISPONIBLE** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sí** | **No** |
| 1. Detección |  |  |  |  |
| 2. Evaluación |  |  |  |  |
| 3. Planificación o revisión del tratamiento |  |  |  |  |
| 4. Servicios psicofarmacológicos |  |  |  |  |
| 5. Servicios de salud mental |  |  |  |  |

***[SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA 5, “SERVICIOS DE SALUD MENTAL”, ES AFIRMATIVA, CALCULE LA FRECUENCIA CON QUE SE PRESTARON SERVICIOS DE SALUD MENTAL.]***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cantidad de veces: \_\_\_\_ por** |  Día | **SE DESCONOCE** |
|  |  Semana |  |
|  |  Mes |  |
|  |  Año |  |

| **Servicios básicos (continuación)** | **Proporcionado** | **SE DESCONOCE** | **SERVICIO NO DISPONIBLE** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sí** | **No** |
| 6. Servicios simultáneos |  |  |  |  |
| 7. Administración de casos |  |  |  |  |
| 8. Servicios específicos para el trauma |  |  |  |  |
| 9. ¿Se derivó al consumidor a otro proveedor para que recibiera cualquiera de los servicios básicos mencionados anteriormente? |  |  |  |  |

| **Servicios de apoyo** | **Proporcionado** | **SE DESCONOCE** | **SERVICIO NO DISPONIBLE** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sí** | **No** |
| 1. Atención médica
 |  |  |  |  |
| 1. Servicios de empleo
 |  |  |  |  |
| 1. Servicios familiares
 |  |  |  |  |
| 1. Atención pediátrica
 |  |  |  |  |
| 1. Transporte
 |  |  |  |  |
| 1. Servicios educativos
 |  |  |  |  |
| 1. Apoyo relacionado con la vivienda
 |  |  |  |  |
| 1. Actividades recreativas y sociales
 |  |  |  |  |
| 1. Servicios dirigidos por el consumidor
 |  |  |  |  |
| 1. Prueba de VIH
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Se derivó al consumidor a otro proveedor para que recibiera cualquiera de los servicios de apoyo mencionados anteriormente?
 |  |  |  |  |