Formulario aprobado

N° de la OMB: 0930-0208

Fecha de vencimiento: 28/02/2022

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

Centro de Tratamiento del Abuso de Sustancias (CSAT)

Medidas de resultados de los clientes para programas discrecionales de la Ley de Desempeño y Resultados del Gobierno (GPRA)

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

Marzo de 2019

Se estima que la duración promedio de la carga pública de efectuar informes en relación con esta recopilación de información es de 36 minutos por respuesta, incluido el tiempo que lleva revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información, si se le hacen todas las preguntas a un cliente/participante. Como los prestadores de servicios médicos ya obtienen gran parte de esta información durante la admisión o el seguimiento constantes de los clientes/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 0930-0208.

*[Esta página se dejó en blanco intencionalmente]*

Índice

[A. GESTIÓN DE REGISTROS 1](#_Toc5237549)

[A. DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL 2](#_Toc5237550)

[A. SERVICIOS PLANIFICADOS 8](#_Toc5237551)

[A. DATOS DEMOGRÁFICOS 9](#_Toc5237552)

[A. FAMILIAS DE MILITARES Y DESPLIEGUE POR MOTIVOS MILITARES 10](#_Toc5237553)

[B. CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL 12](#_Toc5237554)

[C. FAMILIA Y CONDICIONES DE VIDA 14](#_Toc5237555)

[D. EDUCACIÓN, EMPLEO E INGRESOS 16](#_Toc5237556)

[E. SITUACIÓN PENAL Y RELACIONADA CON LA JUSTICIA PENAL 17](#_Toc5237557)

[F. PROBLEMAS DE SALUD MENTALES Y FÍSICOS, Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN 18](#_Toc5237558)

[F. VIOLENCIA Y TRAUMA 21](#_Toc5237559)

[G. RELACIONES SOCIALES 23](#_Toc5237560)

[H. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 24](#_Toc5237561)

[H1. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 25](#_Toc5237562)

[H2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 26](#_Toc5237563)

[H3. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 27](#_Toc5237564)

[H4. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 28](#_Toc5237565)

[H5. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 29](#_Toc5237566)

[H6. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 30](#_Toc5237567)

[H7. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 31](#_Toc5237568)

[H8. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 33](#_Toc5237569)

[H9. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 34](#_Toc5237570)

[H10. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 35](#_Toc5237571)

[I. ESTADO DE SEGUIMIENTO 37](#_Toc5237572)

[J. ESTADO DEL ALTA MÉDICA 37](#_Toc5237573)

[K. SERVICIOS RECIBIDOS 39](#_Toc5237574)

[Esta página se dejó en blanco intencionalmente]

# A. GESTIÓN DE REGISTROS

ID del cliente |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Tipo de cliente:

Cliente en tratamiento

Cliente en recuperación

ID del contrato/subvención |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Tipo de entrevista *[ENCIERRE EN UN CÍRCULO SOLAMENTE UN TIPO.]*

Admisión ***[PASE A LA FECHA DE LA ENTREVISTA.]***

Seguimiento de 6 meses:¿Realizó una entrevista de seguimiento? Sí No   
***[SI LA RESPUESTA ES NO, PASE DIRECTAMENTE A LA SECCIÓN I.]***

Seguimiento de 3 meses ***[PARA PROGRAMAS SELECCIONADOS]:***

¿Realizó una entrevista de seguimiento? Sí No  
***[SI LA RESPUESTA ES NO, PASE DIRECTAMENTE A LA SECCIÓN I.]***

Alta médica**:** ¿Realizó una entrevista de alta médica? Sí No  
***[SI LA RESPUESTA ES NO, PASE DIRECTAMENTE A LA SECCIÓN J.]***

Fecha de la entrevista |\_\_\_\_|\_\_\_\_| / |\_\_\_\_|\_\_\_\_| / |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
 Mes Día Año

# A. DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL

***[INFORMADOS POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA.]***

**Indique los diagnósticos actuales relacionados con la salud conductual del cliente 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, Quinta Edición* (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 |  |  |  |  |

A. 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 |  |  |  |  |

A. 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 |  |  |  |  |

A. 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

A. DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL (CONTINUACIÓN)

1. En los últimos 30 días, ¿se le diagnosticó un trastorno de consumo de opioides a este cliente?

Sí

No

No sabe

**a. En los últimos 30 días, ¿qué medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE. UU. (FDA) recibió el cliente para tratar un trastorno de consumo de opioides?**

Metadona ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_\_|\_\_\_|

Buprenorfina ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_\_|\_\_\_|

Naltrexona ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_\_|\_\_\_|

Naltrexona de liberación prolongada ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_\_|\_\_\_|

El cliente fue diagnosticado con un trastorno de consumo de opioides, pero no recibió un medicamento aprobado por la FDA para tratar un trastorno de consumo de opioides.

* El cliente no fue diagnosticado con un trastorno de consumo de opioides y no recibió un medicamento aprobado por la FDA para tratar un trastorno de consumo de opioides

No sabe

2. En los últimos 30 días, ¿se le diagnosticó un trastorno de consumo de alcohol a este cliente?

Sí

No

No sabe

**a. En los últimos 30 días, ¿qué medicamento aprobado por la FDA recibió el cliente para tratar un trastorno de consumo de alcohol?**

Naltrexona ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_\_|\_\_\_|

Naltrexona de liberación prolongada ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_\_|\_\_\_|

Disulfiram ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_\_|\_\_\_|

Acamprosato ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_\_|\_\_\_|

El ciente fue diagnosticado con un trastorno de consumo de alcohol, pero no recibió un medicamento aprobado por la FDA para tratar un trastorno de consumo de alcohol

* El cliente no fue diagnosticado con un trastorno de consumo de alcohol y no recibió un medicamento aprobado por la FDA para tratar un trastorno de consumo de alcohol

No sabe

***[ENTREVISTAS DE SEGUIMIENTO Y DE ALTA MÉDICA: VAYA A LA SECCIÓN B.]***

3. ¿El programa le realizó una prueba de detección al cliente para determinar si tenía trastornos de la salud mental y de consumo de sustancias simultáneos?

Sí

No ***[VAYA A LA SECCIÓN 3a.]***

a. *[EN CASO AFIRMATIVO]* ¿La prueba de detección de trastornos de la salud mental y de consumo de sustancias simultáneos le dio positiva al cliente?

Sí

No

***[Si se trata de SUBVENCIONES de detección, intervención breve y derivación para recibir tratamiento (sbirt), continúe. De lo contrario, vaya a la sección a. “Servicios planificados”.]***

A. DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL (CONTINUACIÓN)

***ESTA SECCIÓN ES ÚNICAMENTE PARA SUBVENCIONES DE SBIRT [LOS PUNTOS 4, 4a Y 5 SOLAMENTE SE INFORMAN DURANTE LA ADMISIÓN/EN EL PERÍODO INICIAL.]***

4. ¿Cuál fue el resultado de la prueba de detección de SBIRT del cliente?

Negativo

Positivio

4a. ¿Cuál fue su puntaje de detección?

Prueba de identificación de trastornos de consumo de alcohol (AUDIT) = |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

CAGE = |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Prueba de detección de abuso de drogas (DAST) = |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

DAST-10 = |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Guía del Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo   
(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA)  = |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Prueba de detección de alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias  
(ASSIST)/Subpuntaje de alcoholismo = |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Otro (especifique) = |\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. ¿El cliente deseaba continuar participando en el programa de SBIRT?

Sí

No

# A. SERVICIOS PLANIFICADOS

***[SEGÚN LO INFORMADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA RESPECTO DEL CLIENTE SOLAMENTE DURANTE LA ADMISIÓN/EL PERÍODO INICIAL.]***

**Identifique los servicios que planea proporcionarle al cliente durante el transcurso del tratamiento/la recuperación del cliente. *[SELECCIONE “SÍ” O “NO” PARA CADA CASO.]***

Modalidad Sí No

***[SELECCIONE AL MENOS UNA MODALIDAD.]***

1. Administración de casos

2. Tratamiento durante el día

3. Internación/hospitalización (por cualquier causa distinta de la desintoxicación)

4. Tratamiento ambulatorio

5. Extensión comunitaria

6. Tratamiento ambulatorio intensivo

7. Metadona

8. Tratamiento residencial/rehabilitación

9. Desintoxicación (seleccione solo una opción)

A. Internación hospitalaria

B. Tratamiento residencial autónomo

C. Desintoxicación ambulatoria

10. Cuidado postratamiento

11. Apoyo durante la recuperación

12. Otro (especifique)

***[SELECCIONE AL MENOS UN SERVICIO.]***

Servicios de tratamiento Sí No

***[SUBVENCIONES DE SBIRT: Debe SELECCIONAR “sí” al menos en un servicio de tratamiento de las opciones 1 a 4.]***

1. Detección

2. Intervención breve

3. Tratamiento breve

4. Derivación para recibir tratamiento

5. Evaluación

6. Planificación de tratamiento/recuperación

7. Terapia individual

8. Terapia grupal

9. Terapia familiar/matrimonial

10. Servicios de tratamiento/  
recuperación simultáneos

11. Intervenciones farmacológicas

12. Terapia de VIH/SIDA

13. Otros servicios clínicos   
(especifique)

Servicios de administración de casos Sí No

1. Servicios para la familia (incluidos los servicios de educación matrimonial, crianza y crecimiento infantil)

2. Cuidado de niños

3. Servicios de empleo

A. Servicios anteriores al empleo

B. Preparación para el empleo

4. Coordinación de servicios individuales

5. Transporte

6. Servicio relacionado con el VIH/SIDA

7. Servicios de vivienda temporaria de apoyo sin drogas

8. Otros servicios de administración de casos  
(especifique)

Servicios médicos Sí No

1. Atención médica

2. Pruebas de alcoholismo/drogadicción

3. Pruebas y apoyo para el VIH/SIDA

4. Otros servicios médicos  
(especifique)

Servicios de cuidado postratamiento Sí No

1. Atención continua

2. Prevención de recaídas

3. Preparación para la recuperación

4. Grupos de autoayuda y de apoyo

5. Apoyo espiritual

6. Otros servicios de cuidado postratamiento  
(especifique)

Servicios educativos Sí No

1. Educación sobre el abuso de sustancias

2. Educación sobre el VIH/SIDA

3. Otros servicios educativos  
(especifique)

Servicios de apoyo entre pares durante la recuperación Sí No

1. Orientación o tutoría entre pares

2. Apoyo relacionado con la vivienda

3. Actividades sociales sin alcohol ni drogas

4. Información y derivaciones

5. Otros servicios de apoyo entre pares durante la recuperación (especifique)

# A. DATOS DEMOGRÁFICOS

***[SE PREGUNTA SOBRE ELLOS SOLAMENTE DURANTE LA ADMISIÓN/EL PERÍODO INICIAL.]***

1. ¿Cuál es su género?

MASCULINO

FEMENINO

TRANSGÉNERO

OTRO (ESPECIFIQUE)

SE NEGÓ A CONTESTAR

1. ¿Es usted hispano o latino?

SÍ

NO

SE NEGÓ A CONTESTAR

*[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. ¿De qué raza es? Conteste “sí” o “no” a cada una de las preguntas siguientes. Puede contestar “sí” a más de una.

Raza Sí No Se negó a contestar

Negro o afroamericano

Asiático

Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico

Nativo de Alaska

Blanco

Nativo americano

1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?\*

|\_\_\_\_|\_\_\_\_| / |\_\_\_\_|\_\_\_\_| ***[\*EL SISTEMA SOLO GUARDA EL MES Y EL AÑO.***  
 Mes Día ***PARA MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD, NO SE GUARDA EL DÍA.]***

|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
 Año

SE NEGÓ A CONTESTAR

# A. FAMILIAS DE MILITARES Y DESPLIEGUE POR MOTIVOS MILITARES

1. ¿Alguna vez ha prestado servicios en las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional? *[SI PRESTÓ SERVICIOS]* ¿En qué área de las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional prestó servicios?

No

Sí, en las Fuerzas Armadas

Sí, en las Reservas

Sí, en la Guardia Nacional

Se negó a contestar

No sabe

***[SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, SE NEGÓ A CONTESTAR O NO SABE, VAYA A LA PREGUNTA A6.]***

5a. ¿Actualmente está prestando servicios en las Fuerzas Armadas, la Reserva o la Guardia Nacional? *[SI ESTÁ ACTIVO]* ¿En qué área de las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional está prestando servicios?

No, se desvinculó o se jubiló de las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional

Sí, en las Fuerzas Armadas

Sí, en las Reservas

Sí, en la Guardia Nacional

Se negó a contestar

No sabe

5b. ¿Alguna vez lo han enviado a una zona de combate? *[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]*

Nunca

Irak o Afganistán (por ej., Operación Libertad Duradera [OEF]/ Operación Libertad para Irak [OIF]/ Operación Nuevo Amanecer [OND])

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., Bosnia/Somalia)

Se negó a contestar

No sabe

***[CESIONARIOS DE SBIRT: EN EL CASO DE LOS CLIENTES CUYA PRUEBA DE DETECCIÓN DIO NEGATIVA, LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN AHORA ESTÁ COMPLETA.]***

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

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

No

Sí, solo una persona

Sí, más de una persona

Se negó a contestar

No sabe

***[SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, SE NEGÓ A CONTESTAR O NO SABE, VAYA A LA SECCIÓN B.]***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***[SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, PUEDE PROPORCIONAR RESPUESTAS RESPECTO DE 6 PERSONAS COMO MÁXIMO.]* ¿Cuál es el parentesco entre usted y esa persona (miembro del servicio)? *[ESCRIBA EL PARENTESCO EN LA PARTE SUPERIOR DE LA COLUMNA.]***  1 = Madre 2 = Padre  3 = Hermano 4 = Hermana  5 = Cónyuge 6 = Pareja  7 = Hijo/a 8 = Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **¿El miembro del servicio experimentó algo de lo siguiente? *[MARQUE LA RESPUESTA EN LA COLUMNA ADECUADA PARA TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]*** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **(Parentesco)** **1.** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **(Parentesco)** **2.** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **(Parentesco)** **3.** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **(Parentesco)** **4.** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **(Parentesco)** **5.** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **(Parentesco)** **6.** |
| **6a. ¿Fue desplazado para apoyar operaciones de combate (por ej., Irak o Afganistán)?** | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe |
| **6b. ¿Sufrió alguna lesión física durante las operaciones de combate?** | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe |
| **6c. ¿Desarrolló síntomas de estrés relacionados con el combate/dificultades para adaptarse luego de ser desplazado, incluido el trastorno de estrés postraumático (PTSD), depresión o pensamientos suicidas?** | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe |
| **6d. ¿Murió o lo mataron?** | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe | Sí  No  Se negó a contestar  No sabe |

# B. CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cantidad de días | SE NEGÓ A CONTESTAR | NO SABE |

1. Durante los últimos 30 días, ¿por cuantos días ha consumido las siguientes sustancias?

a. Cualquier tipo de alcohol *[SI LA RESPUESTA ES CERO,  
VAYA AL PUNTO B1c.]* |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

b1. Alcohol hasta intoxicarse (más de 5 tragos en una sola ocasión) |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

b2. Alcohol hasta intoxicarse (menos de 4 tragos en una sola ocasión  
y se sintió intoxicado) |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

c. Drogas ilegales *[SI LA RESPUESTA AL PUNTO B1a O B1c ES 0,  
SE NEGÓ A CONTESTAR (SNC), NO SABE (NS),  
VAYA AL PUNTO B2.]* |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

d. Alcohol y drogas (el mismo día) |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

**Tipos de vías de administración:**  
1. Oral 2. Nasal 3. Cigarrillo 4. Inyección no intravenosa (I.V.) 5. I.V.  
\*Anote la vía habitual. Si se usó más de una vía, elija la más grave. Las vías se enumeran de la menos grave (1) a la más (5) grave.

2. Durante los últimos 30 días, ¿por cuántos días ha consumido alguna de las siguientes sustancias? *[SI EL VALOR DE CUALQUIERA DE LOS PUNTOS B2a A B2i ES >0, EL VALOR DE B1c DEBE SER >0.]*

Cantidad  
 de días SNC NS Vía\* SNC NS

a. Cocaína/crack |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

b. Marihuana/hachís (mota, porro, puro relleno de marihuana, marihuana de muy buena calidad, hierba, María Juana) |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

c. Opiáceos:

1. Heroína (Smack, H, Junk, Skag) |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

2. Morfina |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

3. Dilaudid |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

4. Demerol |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

5. Percocet |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

6. Darvon |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

7. Codeína |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

8. Tylenol 2, 3, 4 |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

9. OxyContin/Oxicodona |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

d. Metadona no recetada |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

e. Alucinógenos/psicodélicos, PCP (Angel Dust, Ozone, Wack, Rocket Fuel), MDMA (éxtasis, XTC, X, Adam), LSD (ácido, boomer, yellow sunshine), hongos o mescalina |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

f. Metanfetamina u otras anfetaminas (meta, estimulantes, Speed, hielo, tiza, cristal, vidrio, Fire, Crank) |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

B. CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL (CONTINUACIÓN)

**Tipos de vías de administración:**  
1. Oral 2. Nasal 3. Fumado 4. Inyección no I.V. 5. I.V.  
\*Anote la vía habitual. Si se usó más de una vía, elija la más grave. Las vías se enumeran de la menos grave (1) a la más (5) grave.

2. Durante los últimos 30 días, ¿por cuántos días ha consumido alguna de las siguientes sustancias? *[SI EL VALOR DE CUALQUIERA DE LOS PUNTOS B2a A B2i ES >0, EL VALOR DE B1c DEBE SER >0.]*

Cantidad  
 de días SNC NS Vía\* SNC NS

g. 1. Benzodiacepinas: diazepam (Valium), alprazolam (Xanax), triazolam (Halcion) y estasolam (Prosom y Rohypnol, también conocido como roofies, roche y cope) |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

2. Barbitúricos: mefobarbital (Mebacut) y pentobarbital sódico (Nembutal) |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

3. GHB no recetado (conocido como Grievous Bodily Harm, éxtasis líquido y Georgia Home Boy) |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

4. Ketamina (conocida como Special K o vitamina K) |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

5. Otros tranquilizantes, sedantes o hipnóticos |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

h. Inhalantes (poppers, crujidores, rush, aerosoles de crema batida) |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

i. Otras drogas ilegales (especifique) |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

3. Durante los últimos 30 días, ¿se ha inyectado drogas? *[SI CUALQUIER VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE LOS PUNTOS B2a A B2i ES IGUAL A 4 o 5, ENTONCES B3 TIENE QUE SER = SÍ.]*

SÍ

NO

Se negó a contestar

No sabe

***[Si la respuesta es negativa, se negó a contestar o no sabe, vaya a la sección C.]***

4. Durante los últimos 30 días, ¿con que frecuencia utilizó una jeringa/aguja, cocina, algodón o agua que había usado otra persona?

Siempre

Más de la mitad de las veces

La mitad de las veces

Menos de la mitad de las veces

Nunca

Se negó a contestar

No sabe

# C. FAMILIA Y CONDICIONES DE VIDA

1. En los últimos 30 días, ¿dónde ha estado viviendo la mayor parte del tiempo? *[NO LE LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTAS AL CLIENTE.]*

En un refugio (lugar seguro, centro transitorio [TLC], alojamiento de baja demanda, otros alojamientos transitorios para el día o la noche)

En la calle/al aire libre (acera, entrada, parque, edificio público o abandonado)

Institución (hospital, residencia de ancianos, cárcel/prisión)

En una casa: ***[Si tiene casa, seleccione la subcategoría correspondiente:]***

Apartamento, casa o habitación propios o alquilados

Apartamento, casa o habitación de otra persona

Dormitorio/residencia universitaria

Hogar de transición

Tratamiento residencial

Otro tipo de vivienda (especifique)

Se negó a contestar

No sabe

1. ¿Cuán satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?

Muy insatisfecho

Insatisfecho

Ni satisfecho ni insatisfecho

Satisfecho

Muy satisfecho

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

1. Durante los últimos 30 días, ¿cuánto estrés tuvo debido al consumo de alcohol u otras drogas? *[SI EL VALOR DE B1a O B1c ES >0, C3 NO PUEDE SER “NO CORRESPONDE”.]*

Nada

Un poco

Considerablemente

Extremadamente

No corresponde ***[use esta opción solamente si el valor de b1a y b1c es 0.]***

Se negó a contestar

No sabe

1. Durante los últimos 30 días, ¿el consumo de alcohol u otras drogas le hizo disminuir o abandonar actividades importantes? *[SI EL VALOR DE B1a O B1c ES >0, C4 NO PUEDE SER “NO CORRESPONDE”.]*

Nada

Un poco

Considerablemente

Extremadamente

No corresponde ***[use esta opción solamente si el valor de b1a y b1c es 0.]***

Se negó a contestar

No sabe

C. FAMILIA Y CONDICIONES DE VIDA (CONTINUACIÓN)

1. Durante los últimos 30 días, ¿el consumo de alcohol u otras drogas le provocó problemas emocionales? *[SI EL VALOR DE B1a O B1c ES >0, C5 NO PUEDE SER “NO CORRESPONDE”.]*

Nada

Un poco

Considerablemente

Extremadamente

No corresponde ***[use esta opción solamente si el valor de b1a y b1c es 0.]***

Se negó a contestar

No sabe

1. *[SI NO ES HOMBRE]* ¿Está embarazada actualmente?

SÍ

NO

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

1. ¿Tiene hijos?

SÍ

NO

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

***[SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, SE NEGÓ A CONTESTAR O NO SABE, VAYA A LA SECCIÓN D.]***

a. ¿Cuántos hijos tiene? *[SI LA RESPUESTA DE C7 ES AFIRMATIVA, EL VALOR DE C7a DEBE SER >0.]*

|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  Se negó a contestar  No sabe

b. ¿Alguno de sus hijos vive con otra persona debido a una orden judicial de protección de menores?

SÍ

NO

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

***[SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, SE NEGÓ A CONTESTAR O NO SABE, VAYA AL PUNTO C7d.]***

c. *[SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA]* ¿Cuántos de sus hijos viven con otra persona debido a una orden judicial de protección de menores? *[EL VALOR DE C7c NO PUEDE SUPERAR EL VALOR DE C7a.]*

|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  Se negó a contestar  No sabe

d. ¿De cuántos de sus hijos perdió la patria potestad? *[LOS DERECHOS DE PATRIA POTESTAD DEL CLIENTE SE ANULARON.] [EL VALOR DEL PUNTO C7d NO PUEDE SUPERAR EL VALOR DE C7a.]*

|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  Se negó a contestar  No sabe

# D. EDUCACIÓN, EMPLEO E INGRESOS

1. ¿Está inscrito actualmente en una escuela o programa de capacitación laboral? *[SI ESTÁ INSCRITO]* ¿Es a tiempo completo o parcial? *[SI EL CLIENTE ESTÁ ENCARCELADO, SELECCIONE LA OPCIÓN “NO ESTÁ INSCRITO” DEL PUNTO D1.]*

No está inscrito

Está inscrito a tiempo completo

Está inscrito a tiempo parcial

Otro (especifique)

Se negó a contestar

No sabe

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

No asistió nunca

1er grado

2° grado

3er grado

4° grado

5° grado

6° grado

7° grado

8° grado

9° grado

10° grado

11° grado

12° grado/título de secundaria/equivalente

1er año de estudios universitarios completado

2° año de estudios universitarios completado/grado de asociado (Associate of Arts [AA], Associate of Science [AS])

3er año de estudios universitarios completado

Título de grado (Bachelor of Arts [BA], Bachelor of Science [BS]) o superior

Programa VOCACIONAL/TÉCNICO posterior a la secundaria, pero no obtuvo un título VOC./TÉC.

Título VOCACIONAL/TÉCNICO posterior a la secundaria

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 CLIENTE TRABAJÓ O TUVO UN TRABAJO REGULAR, PERO FALTÓ AL TRABAJO.] SI EL CLIENTE SELECCIONÓ LA OPCIÓN “INSCRITO A TIEMPO COMPLETO” EN D1 E INDICA “EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO” EN D3, PÍDALE QUE ACLARE LA SITUACIÓN. SI EL CLIENTE ESTÁ ENCARCELADO Y NO TIENE EMPLEO FUERA DE LA CÁRCEL, SELECCIONE LA OPCIÓN “DESEMPLEADO, NO ESTÁ BUSCANDO TRABAJO” EN EL PUNTO D3.]*

EMPLEADO DE 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

DESEMPLEADO Y NO ESTÁ BUSCANDO TRABAJO

OTRO (ESPECIFIQUE)

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

D. EDUCACIÓN, EMPLEO E INGRESOS (CONTINUACIÓN)

1. Aproximadamente, ¿cuánto dinero recibió USTED en los últimos 30 días (ingresos individuales previos a la deducción de impuestos) como resultado de... *[SI NO SE ELIGIÓ LA OPCIÓN “EMPLEADO” EN EL PUNTO D3 Y EL VALOR DE D4a ES MAYOR QUE CERO, INDAGUE MÁS. SI SE SELECCIONÓ LA OPCIÓN “DESEMPLEADO, PERO BUSCANDO TRABAJO” EN EL PUNTO D3 Y EL VALOR DE D4b ES 0, INDAGUE MÁS. SI SE SELECCIONÓ “DESEMPLEADO, JUBILADO” EN EL PUNTO D3 Y EL VALOR DE D4c ES 0, INDAGUE MÁS. SI SE SELECCIONÓ LA OPCIÓN “DESEMPLEADO, DISCAPACITADO” EN EL PUNTO D3 Y EL VALOR DE D4d ES 0, INDAGUE MÁS.]*

SNC NS

a. Salarios $ |\_\_|\_\_|\_\_| , |\_\_|\_\_|\_\_|

b. Asistencia pública $ |\_\_|\_\_|\_\_| , |\_\_|\_\_|\_\_|

c. Jubilación $ |\_\_|\_\_|\_\_| , |\_\_|\_\_|\_\_|

d. Discapacidad $ |\_\_|\_\_|\_\_| , |\_\_|\_\_|\_\_|

e. Ingresos ilegales $ |\_\_|\_\_|\_\_| , |\_\_|\_\_|\_\_|

f. Familiares y/o amigos $ |\_\_|\_\_|\_\_| , |\_\_|\_\_|\_\_|

g. Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_ $ |\_\_|\_\_|\_\_| , |\_\_|\_\_|\_\_|

5. ¿Ha tenido dinero suficiente para satisfacer sus necesidades?

Nada

Un poco

Moderadamente

Casi siempre

Completamente

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

# 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 NO TUVO ARRESTOS, VAYA AL PUNTO E3.]***

1. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces lo arrestaron por cometer delitos relacionados con drogas? *[EL VALOR DE E2 NO PUEDE SUPERAR EL VALOR DE E1.]*

|\_\_\_\_|\_\_\_\_| veces Se negó a contestar No sabe

1. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas noches estuvo en prisión/en la cárcel? *[SI EL VALOR DE E3 ES MAYOR DE 15, SE DEBE SELECCIONAR “INSTITUCIÓN (CÁRCEL/PRISIÓN)” EN C1. [SI SE SELECCIONÓ “INSTITUCIÓN (CÁRCEL/PRISIÓN)” EN EL PUNTO C1, EL VALOR DE E3 DEBE SER IGUAL O MAYOR QUE 15].*

|\_\_\_\_|\_\_\_\_| noches Se negó a contestar No sabe

1. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces cometió delitos? *[VERIFIQUE LA CANTIDAD DE DÍAS EN QUE SE CONSUMIERON* DROGAS *ILEGALES EN EL PUNTO B1c. LA RESPUESTA DE E4 DEBE SER IGUAL A O MAYOR QUE EL NÚMERO DE B1c PORQUE EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES ES UN DELITO.]*

|\_\_\_\_|\_\_\_\_| veces Se negó a contestar No sabe

1. Actualmente, ¿está a la espera de cargos criminales, un juicio o una sentencia?

Sí

No

Se negó a contestar

No sabe

1. Actualmente, ¿está en libertad condicional o bajo palabra?

Sí

No

Se negó a contestar

No sabe

# F. PROBLEMAS DE SALUD MENTALES Y FÍSICOS, Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN

1. ¿Cómo calificaría su salud general ahora mismo?

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Mala

Se negó a contestar

No sabe

1. Durante los últimos 30 días, ¿recibió:

| **a. Tratamiento hospitalario para:** | **SÍ** | ***[EN CASO AFIRMATIVO]*** **En total,**  **¿durante cuántas noches?** | **NO** | **SE NEGÓ** | **NO SABE** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| i. Molestia física |  | noches |  |  |  |
| ii. Problemas mentales o emocionales |  | noches |  |  |  |
| iii. Abuso de alcohol o de sustancias |  | noches |  |  |  |

| **b. Tratamiento ambulatorio para:** | **SÍ** | ***[EN CASO AFIRMATIVO]*** **En total,**  **¿cuántas veces?** | **NO** | **SE NEGÓ** | **NO SABE** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| i. Molestia física |  | veces |  |  |  |
| ii. Problemas mentales o emocionales |  | veces |  |  |  |
| iii. Abuso de alcohol o de sustancias |  | veces |  |  |  |

| **c. Tratamiento en la sala de emergencias para:** | **SÍ** | ***[EN CASO AFIRMATIVO]*** **En total,**  **¿cuántas veces?** | **NO** | **SE NEGÓ** | **NO SABE** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| i. Molestia física |  | veces |  |  |  |
| ii. Problemas mentales o emocionales |  | veces |  |  |  |
| iii. Abuso de alcohol o de sustancias |  | veces |  |  |  |

F. PROBLEMAS DE SALUD MENTALES Y FÍSICOS, Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN (CONTINUACIÓN)

1. Durante los últimos 30 días, ¿tuvo actividad sexual?

Sí

No ***[VAYA A LA PREGUNTA F4.]***

NO SE PUEDE HACER LA PREGUNTA ***[VAYA A LA PREGUNTA F4.]***

SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA F4.]***

No sabe ***[VAYA A LA PREGUNTA F4.]***

***[EN CASO AFIRMATIVO]* Contando todas las formas, ¿cuántos…:**

Contactos SNC NS

a. Contactos sexuales (vaginales, orales o anales) tuvo? |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

b. Contactos sexuales sin protección tuvo? ***[EL VALOR DE F3b NO PUEDE SUPERAR EL VALOR DE F3a.] [SI LA RESPUESTA ES 0, VAYA A LA PREGUNTA F4.]*** |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

c. Contactos sexuales sin protección fueron con una persona que ***[NINGÚN VALOR DE LOS PUNTOS F3c1 A F3c3 PUEDE SUPERAR EL VALOR DE F3b.]***

1. es o era positiva para VIH o tiene SIDA |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

2. se inyecta drogas |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

3. está/estaba intoxicada con alguna sustancia |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

1. ¿Alguna vez se hizo la prueba de VIH?

Sí ***[VAYA A LA PREGUNTA F4a.]***

No ***[VAYA A LA PREGUNTA F5.]***

Se negó a contestar ***[VAYA A LA PREGUNTA F5.]***

No sabe ***[VAYA A LA PREGUNTA F5.]***

a. ¿Sabe el resultado de su prueba de VIH?

Sí

No

1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?

Muy mala

Mala

Ni buena ni mala

Buena

Muy buena

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

F. PROBLEMAS DE SALUD MENTALES Y FÍSICOS, Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN (CONTINUACIÓN)

1. ¿Cuán satisfecho se siente con su salud?

Muy insatisfecho

Insatisfecho

Ni satisfecho ni insatisfecho

Satisfecho

Muy satisfecho

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

1. ¿Tiene suficiente energía para la vida cotidiana?

Nada

Un poco

Moderadamente

Casi siempre

Completamente

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

1. ¿Cuán satisfecho se siente con respecto a su capacidad para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria?

Muy insatisfecho

Insatisfecho

Ni satisfecho ni insatisfecho

Satisfecho

Muy satisfecho

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

1. ¿Cuán satisfecho está con usted mismo?

Muy insatisfecho

Insatisfecho

Ni satisfecho ni insatisfecho

Satisfecho

Muy satisfecho

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

F. PROBLEMAS DE SALUD MENTALES Y FÍSICOS, Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN (CONTINUACIÓN)

1. Por una causa distinta del consumo de alcohol o drogas, ¿cuántos días en los últimos 30 días:

Días SNC NS

a. tuvo depresión grave |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

b. tuvo ansiedad o tensión graves |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

c. tuvo alucinaciones |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

d. tuvo problemas para comprender, concentrarse o recordar cosas |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

e. tuvo problemas para controlar conductas violentas |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

f. intentó suicidarse |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

g. se le recetó un medicamento para un problema psicológico/emocional |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

***[SI EL CLIENTE CONTESTA CERO DÍAS, SNC O NS EN TODAS LAS OPCIONES DE LA PREGUNTA F10, VAYA A LA SECCIÓN F12.]***

1. ¿Cuánto le han molestado estos problemas psicológicos o emocionales durante los últimos 30 días?

Nada

Un poco

Moderadamente

Considerablemente

Extremadamente

Se negó a contestar

No sabe

# F. 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

Se negó a contestar

No sabe

***[SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, SE NEGÓ A CONTESTAR O NO SABE, VAYA AL PUNTO F13.]***

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

12a. ¿Ha tenido o tiene pesadillas sobre eso o ha pensado o piensa en ello sin querer hacerlo?

Sí

No

Se negó a contestar

No sabe

F. VIOLENCIA Y TRAUMA (CONTINUACIÓN)

12b. ¿Se ha esforzado o se esfuerza por no pensar en eso o evitar situaciones que se lo recuerden?

Sí

No

Se negó a contestar

No sabe

12c. ¿Ha estado o está constantemente en alerta o atento o se ha sobresaltado con facilidad?

Sí

No

Se negó a contestar

No sabe

12d. ¿Se ha sentido o se siente insensible y distante de las demás personas, actividades o su entorno?

Sí

No

Se negó a contestar

No sabe

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

Nunca

Algunas veces

Más de un par de veces

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

# G. RELACIONES SOCIALES

1. En los últimos 30 días, ¿asistió voluntariamente a algún grupo de autoayuda que no estuviera afiliado a ninguna religión u organización basada en la fe para recuperarse? En otras palabras, ¿participó en alguna organización no profesional y organizada por pares dedicada a ayudar a las personas con problemas relacionados con adicciones, como Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, la Casa Oxford (Oxford House), Organizaciones Seculares por la Sobriedad (Secular Organizations for Sobriety) o Mujeres por la Sobriedad (Women for Sobriety), etc.?

Sí ***[SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA]***  
Especifique cuántas veces |\_\_\_\_|\_\_\_\_|  Se negó a contestar  No sabe

No

Se negó a contestar

No sabe

1. En los últimos 30 días, ¿asistió a algún grupo de autoayuda afiliado a alguna religión/fe para recuperarse?

Sí ***[SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA]***  
Especifique cuántas veces |\_\_\_\_|\_\_\_\_|  Se negó a contestar  No sabe

No

Se negó a contestar

No sabe

1. En los últimos 30 días, ¿asistió a alguna reunión de alguna organización que apoya la recuperación que no sea ninguna de las organizaciones mencionadas anteriormente?

Sí ***[SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA]***  
Especifique cuántas veces |\_\_\_\_|\_\_\_\_|  Se negó a contestar  No sabe

No

Se negó a contestar

No sabe

1. En los últimos 30 días, ¿tuvo interacción con algún familiar y/o amigo que lo apoye en su recuperación?

Sí

No

Se negó a contestar

No sabe

1. ¿A quién acude cuando tiene problemas? *[SELECCIONE SOLAMENTE UNA OPCIÓN.]*

Nadie

Miembro del clero

Familiar

Amigos

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

Otro (especifique)

1. ¿Cuán satisfecho se encuentra con sus relaciones personales?

Muy insatisfecho

Insatisfecho

Ni satisfecho ni insatisfecho

Satisfecho

Muy satisfecho

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

# 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.***

# H1. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

1. ¿Qué le sucedió al cliente después de recibir el tratamiento? *[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]*

El cliente se volvió a encontrar con su hijo (o sus hijos).

El cliente impidió que sacaran a su hijo (o hijos) de su hogar.

Ninguno de los anteriores

No sabe

# H2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

***[EL CLIENTE DEBE RESPONDER LA PREGUNTA 1 EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO Y DEL ALTA MÉDICA.]***

1. **¿*Lo ayudó [INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]* a obtener alguno de los siguientes beneficios? *[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]***

Seguro de salud privado

Medicaid

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)/Seguro Social por Discapacidad (SSDI)

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

Otro (especifique)

NINGUNO DE LOS ANTERIORES

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

# H3. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

***[EL CLIENTE DEBE RESPONDER LA PREGUNTA 1 EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO Y DEL ALTA MÉDICA.]***

1. **¿Logró algo de lo siguiente desde que comenzó a recibir los servicios o la ayuda de *[INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]*? En caso afirmativo, ¿cree que los servicios que recibió de *[INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]* lo ayudaron a alcanzar ese logro?**

| **Estado** | **¿Se logró?** | **En caso afirmativo, ¿cree que los servicios que recibió de *[INSERTE EL NOMBRE DEL CESIONARIO]* lo ayudaron a alcanzar ese logro?** |
| --- | --- | --- |
| 1a. Está inscrito en una escuela | Sí  No  NO SABE  SE NEGÓ A CONTESTAR | Sí  No  NO SABE  SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 1b. Está inscrito en una capacitación vocacional | Sí  No  NO SABE  SE NEGÓ A CONTESTAR | Sí  No  NO SABE  SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 1c. Está empleado actualmente | Sí  No  NO SABE  SE NEGÓ A CONTESTAR | Sí  No  NO SABE  SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 1d. Tiene vivienda estable | Sí  No  NO SABE  SE NEGÓ A CONTESTAR | Sí  No  NO SABE  SE NEGÓ A CONTESTAR |

# H4. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

***[EL CLIENTE DEBE RESPONDER LA PREGUNTA 1 EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO Y DEL ALTA MÉDICA.]***

1. **Indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes declaraciones:**
   1. **Al recibir tratamiento en un entorno no residencial, he podido mantener mis responsabilidades familiares y de crianza mientras recibo tratamiento.**

Muy en desacuerdo

En desacuerdo

Indeciso

De acuerdo

Muy de acuerdo

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

* 1. **Como resultado del tratamiento, siento que ahora tengo las habilidades y el apoyo que necesito para mantener un equilibrio entre mis responsabilidades crianza y el manejo de mi recuperación.**

Muy en desacuerdo

En desacuerdo

Indeciso

De acuerdo

Muy de acuerdo

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

# H5. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

***[EL CLIENTE DEBE RESPONDER LA PREGUNTA 1 EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO Y DEL ALTA MÉDICA.]***

1. **Indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes declaraciones:**
   1. **Al recibir tratamiento en un entorno residencial con mi hijo (o hijos), he podido centrarme en mi tratamiento sin distracciones relacionadas con las responsabilidades familiares o de crianza.**

Muy en desacuerdo

En desacuerdo

Indeciso

De acuerdo

Muy de acuerdo

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

* 1. **Como resultado del tratamiento, siento que ahora tengo las habilidades y el apoyo que necesito para mantener un equilibrio entre mis responsabilidades de crianza y el manejo de mi recuperación.**

Muy en desacuerdo

En desacuerdo

Indeciso

De acuerdo

Muy de acuerdo

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

# H6. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

***[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LA PREGUNTA 1 EN LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/PERÍODO INICIAL, SEGUIMIENTO Y DEL ALTA MÉDICA.]***

1. **Indique qué tipos de financiación se utilizaron o utilizarán para pagar los servicios de SBIRT proporcionados a este cliente. *[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]***

Financiación de la subvención de la SAMHSA actual

Otra financiación de subvención federal

Financiación estatal

Seguro privado del cliente

Medicaid/Medicare

Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No sabe

***[SI SE TRATA DE LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO O DE ALTA MÉDICA, VAYA A LA PREGUNTA H3.]***

***[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LA PREGUNTA 2 SOLAMENTE EN LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/PERÍODO INICIAL.]***

1. **Si la prueba de detección de abuso de sustancias o de un trastorno de consumo de sustancias del cliente fue positiva, ¿se le asignó al cliente alguno de los siguientes tipos de servicios? *[SI LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL CLIENTE DIO NEGATIVA, SELECCIONE “NO” PARA CADA SERVICIO A CONTINUACIÓN.]***

Sí No No sabe

Intervención breve

Tratamiento breve

Derivación para recibir tratamiento

***[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LA PREGUNTA 3 EN LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/PERÍODO INICIAL, SEGUIMIENTO Y DEL ALTA MÉDICA.]***

1. **¿El cliente recibió los siguientes tipos de servicios?**

Sí No No sabe

Intervención breve

Tratamiento breve

Derivación para recibir tratamiento

# H7. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

***[EL CLIENTE DEBE RESPONDER LA PREGUNTA 1 EN LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/PERÍODO INICIAL, SEGUIMIENTO Y DEL ALTA MÉDICA.]***

1. **¿El programa brindó lo siguiente?**

**a. 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 CLIENTE LE DIO POSITIVA]*, ¿Lo pusieron en contacto con servicios para el tratamiento del VIH?**

Sí

No

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

**b. 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 CLIENTE LE DIO POSITIVA]*, ¿Lo pusieron en contacto con servicios para el tratamiento de la HBV?**

Sí

No

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

H7. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA (CONTINUACIÓN)

**c. Prueba de la hepatitis C (HCV)**

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.]***

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

Positivo

Negativo ***[VAYA A LAS SECCIONES I O J/K.]***

Indeterminado ***[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.]***

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

Sí

No

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

# H8. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

***[EL CLIENTE DEBE RESPONDER LAS PREGUNTAS 1 Y 2 EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO Y DEL ALTA MÉDICA.]***

1. **¿Logró algo de lo siguiente desde que comenzó a recibir servicios de pares a través de *[INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]*? En caso afirmativo, ¿cree que los servicios de pares que recibió de *[INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]* lo ayudaron a alcanzar ese logro?**

| **Estado** | **¿Se logró?** | **En caso afirmativo, ¿cree que los servicios de pares que recibió de *[INSERTE EL NOMBRE DEL CESIONARIO]* lo ayudaron a alcanzar ese logro?** |
| --- | --- | --- |
| 1a. Está inscrito en una escuela | Sí  No  NO SABE  SE NEGÓ A CONTESTAR | Sí  No  NO SABE  SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 1b. Está inscrito en una capacitación vocacional | Sí  No  NO SABE  SE NEGÓ A CONTESTAR | Sí  No  NO SABE  SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 1c. Está empleado actualmente | Sí  No  NO SABE  SE NEGÓ A CONTESTAR | Sí  No  NO SABE  SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 1d. Tiene vivienda estable | Sí  No  NO SABE  SE NEGÓ A CONTESTAR | Sí  No  NO SABE  SE NEGÓ A CONTESTAR |

1. **¿En qué medida mejoró su calidad de vida este programa?**

En gran medida

Un poco

Muy poco

Nada

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

# H9. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

***[EL CLIENTE DEBE RESPONDER LA PREGUNTA 1 EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO Y DEL ALTA MÉDICA.]***

1. **Indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes declaraciones:**

**i. El uso de tecnología a la cual se accedió a través de *[INSERTE EL NOMBRE DEL*** ***BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]* me ha ayudado a comunicarme con mi proveedor.**

Muy en desacuerdo

En desacuerdo

Indeciso

De acuerdo

Muy de acuerdo

NO CORRESPONDE

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

**ii. El uso de tecnología a la cual se accedió a través de *[INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]* me ha ayudado a reducir el consumo de sustancias.**

Muy en desacuerdo

En desacuerdo

Indeciso

De acuerdo

Muy de acuerdo

NO CORRESPONDE

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

**iii. El uso de tecnología a la cual se accedió a través de *[INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]* me ha ayudado a tratar mis síntomas de salud mental.**

Muy en desacuerdo

En desacuerdo

Indeciso

De acuerdo

Muy de acuerdo

NO CORRESPONDE

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

**iv. El uso de tecnología a la cual se accedió a través de *[INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]* me ha servido de apoyo en mi recuperación.**

Muy en desacuerdo

En desacuerdo

Indeciso

De acuerdo

Muy de acuerdo

NO CORRESPONDE

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

# H10. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

***[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LAS PREGUNTAS 1 Y 1A EN LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/PERÍODO INICIAL, SEGUIMIENTO Y DEL ALTA MÉDICA.] EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LA PREGUNTA 1B EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO/ALTA MÉDICA SI SE HA DERIVADO AL CLIENTE PARA QUE RECIBIERA SERVICIOS.]***

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

Prueba de detección del cliente positiva

Prueba de detección del cliente negativa ***[VAYA A LA PREGUNTA H2.]***

No se le realizó la prueba al cliente ***[VAYA A LA PREGUNTA H2.]***

No sabe ***[VAYA A LA PREGUNTA H2.]***

**a. *[SI EL RESULTADO FUE POSITIVO]* ¿Se derivó al cliente para que recibiera servicios relacionados con la salud mental?**

Sí

No ***[VAYA A LA PREGUNTA H2.]***

No sabe ***[VAYA A LA PREGUNTA H2.]***

**b. *[EN CASO AFIRMATIVO]* ¿El cliente recibió servicios de salud mental?**

Sí

No

No sabe

***[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LAS PREGUNTAS 2 Y 2A EN LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/PERÍODO INICIAL, SEGUIMIENTO Y DEL ALTA MÉDICA.] EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LA PREGUNTA 2B EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO/ALTA MÉDICA SI SE HA DERIVADO AL CLIENTE PARA QUE RECIBIERA SERVICIOS.]***

1. **¿La prueba de detección de trastornos de consumo de sustancias del cliente fue positiva?**

Prueba de detección del cliente positiva

Prueba de detección del cliente negativa

No se le realizó la prueba de detección al cliente

No sabe

***[SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/DEL PERÍODO INICIAL Y LA RESPUESTA ES NEGATIVA, NO SE REALIZÓ LA PRUEBA DE DETECCIÓN O NO SABE, LA SECCIÓN H ESTÁ COMPLETA. SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO O DE ALTA MÉDICA Y LA RESPUESTA ES NEGATIVA, NO SE REALIZÓ UNA PRUEBA DE DETECCIÓN O NO SABE, VAYA A LA PREGUNTA 3.]***

**a. *[SI EL RESULTADO ES POSITIVO]* ¿Se derivó al cliente para que recibiera servicios para el trastorno de consumo de sustancias?**

Sí

No

No sabe

***[SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/DEL PERÍODO INICIAL, LA SECCIÓN H ESTÁ COMPLETA. SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO O DE ALTA MÉDICA Y LA RESPUESTA ES NO O NO SABE, VAYA A LA PREGUNTA 3.]***

H10. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA (CONTINUACIÓN)

**b. *[EN CASO AFIRMATIVO]* ¿El cliente recibió servicios para el trastorno de consumo de sustancias?**

Sí

No

No sabe

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

1. **Indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente declaración: Recibir servicios comunitarios a través de *[*INSERTAR *EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]* me ha ayudado a evitar tener más contacto con la policía y el sistema de justicia penal.**

Muy en desacuerdo

En desacuerdo

Indeciso

De acuerdo

Muy de acuerdo

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

# I. ESTADO DE SEGUIMIENTO

***[SEGÚN LO INFORMADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA RESPECTO DEL CLIENTE SOLAMENTE DURANTE EL SEGUIMIENTO.]***

1. ¿Cuál es el estado de seguimiento del cliente? *[ESTE ES UN CAMPO OBLIGATORIO: NO SE ACEPTARÁN LAS RESPUESTAS “NA”, “SE NEGÓ A RESPONDER”, “NO SABE” Y “OMITIDO”.]*

01 = Había fallecido al momento de la fecha en que debía realizarse la entrevista

11 = Completó la entrevista dentro del período especificado

12 = Completó la entrevista fuera del período especificado

21 = Se le ubicó, pero se negó a responder; sin especificar

22 = Se le ubicó, pero no pudo tener acceso a la institución

23 = Se le ubicó, pero no se pudo acceder a él

24 = Se le ubicó, pero fue retirado del proyecto

31 = No se le pudo ubicar, se mudó

32 = No se le pudo ubicar por otra razón (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿El cliente aún está recibiendo servicios de su programa?

Sí

No

***[SI ESTA ES UNA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO, DETÉNGASE AHORA. LA ENTREVISTA ESTÁ COMPLETA.]***

# J. ESTADO DEL ALTA MÉDICA

***[SEGÚN LO INFORMADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA RESPECTO DEL CLIENTE SOLAMENTE AL MOMENTO DEL ALTA MÉDICA.]***

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

|\_\_\_\_|\_\_\_\_| / |\_\_\_\_|\_\_\_\_| / |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
 Mes Día Año

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

01 = Completo/graduado

02 = Cancelación

Si se canceló la participación del cliente, ¿cuál fue el motivo? *[Seleccione una respuesta*.*]*

01 = Se fue por su propia decisión, contradiciendo la recomendación del personal, con progreso satisfactorio

02 = Se fue por su propia decisión, contradiciendo la recomendación del personal, sin progreso satisfactorio

03 = Se le dio el alta de manera involuntaria por falta de participación

04 = Se le dio el alta de manera involuntaria por violación de las reglas

05 = Se le derivó a otro programa u otros servicios con progreso satisfactorio

06 = Se le derivó a otro programa u otros servicios con progreso insatisfactorio

07 = Se le encarceló por un delito cometido durante el tratamiento/la recuperación con progreso satisfactorio

08 = Se le encarceló por un delito cometido durante el tratamiento/la recuperación con progreso insatisfactorio

09 = Se le encarceló debido a una orden de arresto o cargo anterior, antes de ingresar al tratamiento/la recuperación con progreso satisfactorio

10 = Se le encarceló debido a una orden de arresto o cargo anterior, antes de ingresar al tratamiento/la recuperación con progreso insatisfactorio

11 = Se le transfirió a otra instalación por razones de salud

12 = Fallecimiento

13 = Otro (especifique)

J. ESTADO DEL ALTA MÉDICA (continuación)

1. ¿El programa le realizó una prueba de VIH al cliente?

Sí ***[VAYA A LA SECCIÓN K.]***

No ***[VAYA A LA PREGUNTA J4.]***

1. *[SI LA RESPUESTA* ES *NO]* ¿El programa derivó al cliente para que se realizara una prueba?

Sí

No

# K. SERVICIOS RECIBIDOS

#### [SEGÚN LO INFORMADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA RESPECTO DEL CLIENTE SOLAMENTE AL MOMENTO DEL ALTA MÉDICA.]

**Identifique la cantidad de DÍAS de servicio proporcionados al cliente durante el transcurso del tratamiento/la recuperación del cliente. *[INGRESE 0 SI NO SE PROPORCIONARON SERVICIOS.] DEBE TENER POR LO MENOS UN DÍA POR MODALIDAD.]***

Modalidad Días

1. Administración de casos |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

2. Tratamiento durante el día |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

3. Internación/hospitalización (por cualquier causa distinta de la desintoxicación) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

4. Tratamiento ambulatorio |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

5. Extensión comunitaria |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

6. Tratamiento ambulatorio intensivo |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

7. Metadona |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

8. Tratamiento residencial/rehabilitación |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

9. Desintoxicación (seleccione solo una opción):

A. Internación hospitalaria |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

B. Tratamiento residencial autónomo |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

C. Desintoxicación ambulatoria |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

10. Cuidado postratamiento |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

11. Apoyo durante la recuperación |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

12. Otro (especifique) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

**Identifique la cantidad de SESIONES proporcionadas al cliente durante el transcurso del tratamiento/la recuperación del cliente. *[INGRESE CERO SI NO SE PROPORCIONARON SERVICIOS.]***

Servicios de tratamiento Sesiones

***[SUBVENCIONES DE SBIRT: Debe tener al menos una sesión para uno de los servicios de tratamiento de las opciones 1 a 4.]***

1. Detección |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

2. Intervención breve |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

3. Tratamiento breve |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

4. Derivación para recibir tratamiento |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

5. Evaluación |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

6. Planificación de tratamiento/recuperación |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

7. Terapia individual |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

8. Terapia grupal |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

9. Terapia familiar/matrimonia |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

10. Servicios de tratamiento/recuperación simultáneos |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

11. Intervenciones farmacológicas |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

12. Terapia para personas con VIH/SIDA |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

13. Otros servicios clínicos   
(especifique) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Servicios de administración de casos Sesiones

1. Servicios familiares (incluidos los servicios de educación matrimonial, crianza y crecimiento infantil) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

2. Cuidado de niños |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

3. Servicios de empleo

A. Servicios anteriores al empleo |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

B. Preparación para el empleo |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

4. Coordinación de servicios individuales |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

5. Transporte |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

6. Servicio relacionado con el VIH/SIDA |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

7. Apoyo para servicios de vivienda temporaria en lugares libres de drogas |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

8. Otros servicios de administración de casos (especifique) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Servicios médicos Sesiones

1. Atención médica |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

2. Pruebas de alcoholismo/drogadicción |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

3. Pruebas y apoyo para el VIH/SIDA |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

4. Otros servicios médicos   
(especifique) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Servicios de cuidado postratamiento Sesiones

1. Atención continua |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

2. Prevención de recaídas |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

3. Preparación para la recuperación |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

4. Grupos de autoayuda y de apoyo |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

5. Apoyo espiritual |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

6. Otros servicios de cuidado postratamiento   
(especifique) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Servicios educativos Sesiones

1. Educación sobre el abuso de sustancias |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

2. Educación sobre el VIH/SIDA |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

3. Otros servicios educativos  
(especifique) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Servicios de apoyo durante la recuperación entre pares Sesiones

1. Orientación o tutoría entre pares |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

2. Apoyo relacionado con la vivienda |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

3. Actividades sociales sin alcohol ni drogas |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

4. Información y derivaciones |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

5. Otros servicios de apoyo entre pares durante la recuperación (especifique) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

[Esta página se dejó en blanco intencionalmente]