Formulario aprobado

N° de la OMB: 0930-0285

Fecha de vencimiento: 3/30/2025

Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA por sus siglas en inglés)

Centro de Servicios de Salud Mental (CMHS por sus siglas en inglés)

Medidas Nacionales de Resultados (NOMs por sus siglas en inglés)
Medidas a Nivel del Cliente para
Programas Discrecionales que Prestan Servicios Directos

HERRAMIENTA DE SERVICIOS

Rendición de Cuentas de Desempeño y Sistema de Informes (SPARS por sus siglas en inglés) de SAMHSA

Agosto de 2022

Se estima que la duración promedio de la carga pública de efectuar informes en relación con esta recopilación de información es de 20 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]*

Tabla de Contenido

[GESTIÓN DE REGISTRO 4](#_Toc110502022)

[DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL 5](#_Toc110502023)

[DATOS DEMOGRÁFICOS 10](#_Toc110502024)

[A. DESEMPEÑO 12](#_Toc110502025)

[B. ESTABILIDAD RESPECTO DE UNA VIVIENDA 13](#_Toc110502026)

[C. EDUCACIÓN Y EMPLEO 14](#_Toc110502027)

[D. SITUACIÓN PENAL Y RELACIONADA CON LA JUSTICIA PENAL 15](#_Toc110502028)

[E. PERCEPCIÓN SOBRE EL CUIDADO 16](#_Toc110502029)

[F. RELACIONES SOCIALES 18](#_Toc110502030)

[G. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 19](#_Toc110502031)

[G1. TRATAMIENTO AMBULATORIO ASISTIDO PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 20](#_Toc110502032)

[G2. ASOCIACIONES JUDICIALES Y DE SALUD CONDUCTUAL PARA DESVIACIÓN TEMPRANA PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 21](#_Toc110502033)

[G3. PROMOCIÓN DE INTEGRACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD PRIMARIA Y CONDUCTUAL PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 22](#_Toc110502034)

[G4. INTEGRACIÓN DE SERVICIOS DE MINORITY AIDS PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 23](#_Toc110502035)

[G5. TRANSICIONES SALUDABLES PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 25](#_Toc110502036)

[G6. TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 26](#_Toc110502037)

[G7. ALTO RIESGO CLÍNICO DE PSICOSIS PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 27](#_Toc110502038)

[G8. CLÍNICAS COMUNITARIAS DE SALUD CONDUCTUAL CON CERTIFICACIÓN PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 28](#_Toc110502039)

[G9. INICIATIVA NACIONAL DE ESTRÉS TRAUMÁTICO INFANTIL, CATEGORÍA 3 PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 29](#_Toc110502040)

[H. SERVICIOS RECIBIDOS Y ESTADO DEL ALTA MÉDICA 30](#_Toc110502041)

*[Esta página se dejó en blanco intencionalmente]*

# GESTIÓN DE REGISTRO

|  |
| --- |
| La información de GESTIÓN DE REGISTRO es recopilada por el personal del beneficiario en el PERÍODO INICIAL, LA REEVALUACIÓN y EL ALTA MÉDICA, incluso cuando no se lleva a cabo una entrevista de evaluación. |

ID del consumidor(a) |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

ID de la subvención |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

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

1. Indique el tipo de evaluación:

| * **Período inicial**
 | * **Reevaluación**(de 3 meses o 6 meses)
 | * **Alta médica**
 |
| --- | --- | --- |
| **1a. *[SI LA PREGUNTA 1 ES PERÍODO INICIAL]* Anote el MES y el AÑO en el que el consumidor(a) recibió servicios por primera vez en virtud de la subvención respecto de este episodio de atención.** |  |   |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_| / |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| MES AÑO |  |   |

1. ¿Cuál es el mes y el año de nacimiento del consumidor(a)?

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

MES AÑO

1. ¿Se llevó a cabo la entrevista?

| * Sí
 | * No
 |
| --- | --- |
| **3a. *[SI LA PREGUNTA 3 ES SÍ]* ¿Cuándo?**|\_\_\_\_|\_\_\_\_| / |\_\_\_\_|\_\_\_\_| /|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| MES DÍA AÑO | 1. ***[SI LA PREGUNTA 3 ES NO],* ¿Por qué no? Seleccione una respuesta únicamente.**
* No se pudo obtener el consentimiento del representante
* El consumidor(a) no pudo o era incapaz de prestar consentimiento
* El consumidor(a) se rehusó a participar de esta entrevista
* No se pudo localizar al consumidor(a) para la entrevista
* El consumidor(a) rechazó todas las entrevistas
 |

1. [SOLO PARA NIÑOS] ¿Fue el entrevistado(a) el niño(a) o el cuidador(a)?
* Niño(a)
* Cuidador(a)

# DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL

|  |
| --- |
| La información del DIAGNÓSTICO DE SALUD CONDUCTUAL es recopilada por el personal del beneficiario en el PERÍODO INICIAL, REEVALUACIÓN y ALTA MÉDICA, incluso cuando no se realiza una entrevista de evaluación. |

1. ¿Detectó o evaluó su programa al consumidor(a) por experiencias relacionadas con el trauma?
* Sí
* No
* NO SABE

1a. *[SI LA PREGUNTA 1 ES NO]* Seleccione por qué:

* No hubo tiempo durante entrevista
* No hubo capacitación para detección/divulgación de trauma
* No hay política institucional/organizacional relacionada con detección
* No hay red de derivación y/o infraestructuras actualmente disponibles para servicios de trauma
* Otro

1b. *[SI LA PREGUNTA 1 ES SÍ]* ¿Fue positiva la prueba?

* Sí
* No
* NO SABE
1. ¿Tuvo el consumidor(a) una prueba positiva para el suicidio?
* Sí
* No
* NO SABE

2a*. [SI LA PREGUNTA 2 ES SÍ]* ¿Fue desarrollado un plan de seguridad contra el suicidio?

* Sí
* No
* NO SABE

2b. *[SI LA PREGUNTA 2 ES SÍ]* ¿Fue evaluado el acceso a medios letales?

* Sí
* No
* NO SABE
1. Diagnósticos relacionados con la salud conductual

Indique los diagnósticos actuales relacionados con la salud conductual del consumidor(a) usando los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª revisión, Modificación Clínica (ICD-10-CM) que se detallan a continuación, **según realizados por un médico clínico**. 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 relacionados con la salud conductual de los diagnósticos relacionados con la salud mental, los códigos Z, y el consumo de sustancias a continuación.

**Si no hay diagnóstico de salud mental, seleccione razón:**

* No hay evaluación de médico clínico
* Factores de alto riesgo que requieren intervención y aún no cumplen los criterios para un diagnóstico DSM/ICD
* Solamente cumplió los criterios de un código “Z”
* Otra (especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

| **DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL** | **¿Se diagnosticó?** |
| --- | --- |
| Esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno delirante y otros trastornos psicóticos no del estado de ánimo |  |
| F20 – Esquizofrenia |  |
| F21 – Trastorno esquizotípico |  |
| F22 – Trastorno delirante |  |
| F23 – Trastorno psicótico breve |  |
| F24 – Trastorno psicótico compartido |  |
| F25 – Trastornos esquizoafectivos |  |
| 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 |  |
| Trastornos del estado de ánimo [afectivos] |  |
| 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 |  |
| Ansiedad fóbica y otros trastornos de ansiedad |  |
| F40 – Trastornos de ansiedad fóbica |  |
| F40.00 – Agorafobia, no especificada |  |
| F40.01 – Agorafobia con trastorno de pánico |  |
| F40.02 – Agorafobia sin trastorno de pánico |  |
| F40.1 – Fobias sociales (trastorno de ansiedad social) |  |
| F40.10 – Fobia social, no especificada |  |
| F40.11 – Fobia social, generalizada |  |
| F40.2 – Fobias específicas (aisladas) |  |
| F41 – Otros trastornos de ansiedad |  |
| F41.0 – Trastorno de pánico |  |
| F41.1 – Trastorno de ansiedad generalizado |  |
| Trastornos obsesivos compulsivos |  |
| F42 – Trastorno obsesivo compulsivo |  |
| F42.2 – Trastorno obsesivo compulsivo con pensamientos y acciones obsesivos mezclados |  |
| F42.3 – Trastorno de acumulación compulsiva |  |
| F42.4 – Trastorno de excoriación (excavar la piel) |  |
| F42.8 – Otro trastorno obsesivo compulsivo |  |
| F42.9 – Trastorno obsesivo compulsivo, no especificado |  |
| Reacción a estrés extremo y trastornos de adaptación |  |
| F43 – Trastorno por estrés agudo; reacción a estrés extremo, y trastornos de adaptación |  |
| F43.10 – Trastorno por estrés postraumático, no especificado |  |
| F43.2 – Trastornos de adaptación |  |
| F44 – Trastornos disociativos y de conversión |  |
| F44.81 – Trastorno de identidad disociativo  |  |
| F45 –Trastornos somatomorfos |  |
| F45.22 – Trastorno dismórfico corporal |  |
| F48 – Otros trastornos mentales no psicóticos |  |
| Síndromes conductuales asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos |  |
| F50 –Trastornos alimenticios |  |
| F51 –Trastornos del sueño no causados por una sustancia o afección psicológica conocida |  |
| Trastornos de personalidad y conducta en adultos |  |
| F60.0 – Trastorno paranoide de la personalidad  |  |
| F60.1 – Trastorno esquizoide de la personalidad  |  |
| F60.2 – Trastorno de personalidad antisocial |  |
| F60.3 – Trastorno límite de la personalidad |  |
| F60.4 – Trastorno histriónico de la personalidad |  |
| F60.5 – Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad |  |
| F60.6 – Trastorno de la personalidad por evitación |  |
| F60.7 – Trastorno dependiente de la personalidad |  |
| F60.8 – Otros trastornos específicos de la personalidad |  |
| F60.9 – Trastorno de la personalidad, no especificado |  |
| F63.3 – Tricotilomanía |  |
| F70–F79 – Discapacidades intelectuales |  |
| F80–F89 – Trastornos generalizados o específicos del desarrollo |  |
| Trastornos conductuales y emocionales cuya aparición suele darse en la infancia y adolescencia |  |
| F90 – Trastornos por déficit de atención e hiperactividad |  |
| F91 – Trastornos del comportamiento |  |
| F93 – Trastornos emocionales que aparecieron en la infancia |  |
| F93.0 – Trastorno de ansiedad por separación en la infancia |  |
| F94 – Trastornos de la función social que aparecieron en la infancia o adolescencia |  |
| F94.0 – Mutismo selectivo |  |
| F94.1 – Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia |  |
| F94.2 – Trastorno desinhibido de la vinculación en la infancia |  |
| F95 – Trastorno de tic |  |
| F98 – Otros trastornos conductuales y emocionales cuya aparición suele darse en la infancia y adolescencia |  |
| F99 – Trastorno mental no especificado |  |

| Códigos Z; personas con riegos potenciales de salud relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales  | **¿Se diagnosticó?** |
| --- | --- |
| Z55 – Problemas relacionados con educación y alfabetización |  |
| Z56 – Problemas relacionados con empleo y desempleo |  |
| Z57 – Exposición ocupacional a factores de riesgo |  |
| Z59 – Problemas relacionados con circunstancias de vivienda y económicas |  |
| Z60 – Problemas relacionados con entorno social |  |
| Z62 – Problemas relacionados con crianza |  |
| Z63 – Otros problemas relacionados con grupo primario de apoyo, incluidas circunstancias familiares |  |
| Z64 – Problemas relacionados con determinadas circunstancias psicológicas |  |
| Z65 – Problemas relacionados con otras circunstancias psicológicas |  |

| **DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS** | **¿Se diagnosticó?** |
| --- | --- |
| **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 |  |
| 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 |  |
| **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, leve, 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 moderado/grave, sin especificar |  |
| F17.21 – Trastorno de consumo de tabaco moderado/grave, cigarrillos |  |

|  |
| --- |
| **Para** **EL PERÍODO INICIAL:*** **Si SE REALIZÓ una entrevista, vaya a Datos demográficos.**
* **Si NO se realizó una entrevista, DETÉNGASE AQUÍ.**

**Para LAS REEVALUACIONES o ALTAS MÉDICAS:*** **Si SE REALIZÓ una entrevista, vaya a la Sección A.**
* **Si NO se realizó una entrevista, vaya a la Sección H.**
 |

# DATOS DEMOGRÁFICOS

|  |
| --- |
| **Los DATOS DEMOGRÁFICOS solo se recopilan en el PERÍODO INICIAL. Si NO se trata del PERÍODO INICIAL, vaya a la Sección A.** |

1. ¿Qué considera usted que es? [LEA OPCIONES.]
* Hombre
* Mujer
* Transgénero (hombre a mujer)
* Transgénero (mujer a hombre)
* Género no conforme
* OTRO (Especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* SE NEGÓ A CONTESTAR
1. ¿Considera usted que es…
* Heterosexual
* Homosexual (gay o lesbiana)
* Bisexual
* Queer
* Pansexual
* Cuestionándose
* Asexual
* ¿Alguna otra cosa? Especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* SE NEGÓ A CONTESTAR
1. ¿Es usted [su hijo(a)] de origen hispano, latino, o español?
* Sí
* No *[VAYA A LA PREGUNTA 4.]*
* SE NEGÓ A CONTESTAR *[VAYA A LA PREGUNTA 4.]*

3a. *[SI LA PREGUNTA 3 ES SÍ]* ¿A qué grupo étnico considera usted [su hijo(a)] que pertenece? Puede indicar más de uno.

* Centroamericano
* Cubano
* Dominicano
* Mexicano
* Portorriqueño
* Sudamericano
* OTRO (Especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* SE NEGÓ A CONTESTAR
1. ¿Cuál es su raza [la raza de su hijo(a)]? Puede indicar más de una.
* Negra o afroamericana
* Blanca
* Nativa americana
* Nativa de Alaska
* Indoasiática
* China
* Filipina
* Japonesa
* Coreana
* Vietnamita
* Otra asiática
* Nativa de Hawái
* Guameña o chamorra
* Samoana
* De otras islas del Pacífico
* OTRO (Especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* SE NEGÓ A CONTESTAR
1. [SI CONSUMIDOR(A) TIENE 5 AÑOS O MÁS] ¿Habla usted [su hijo(a)] algún otro idioma que no sea español en casa?
* Sí
* No
* NO CORRESPONDE

 5a. [SI CONSUMIDOR(A) TIENE 5 AÑOS O MÁS] *[SI LA PREGUNTA 5 ES SÍ]* ¿Cuál es este idioma?

* Inglés
* OTRO (Especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. [SOLO PARA ADULTOS] ¿Alguna vez ha prestado servicios en las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional?
* Sí
* No [***VAYA A LA SECCIÓN A.]***
* NO SABE [***VAYA A LA SECCIÓN A.]***
* NO CORRESPONDE [***VAYA A LA SECCIÓN A.]***
1. [SOLO PARA ADULTOS] *[SI LA PREGUNTA 6 ES SÍ]* ¿Actualmente está prestando servicios en las Fuerzas Armadas, la Reserva o la Guardia Nacional?
* Sí
* No
* SE NEGÓ A CONTESTAR
* NO SABE

# A. DESEMPEÑO

1. ¿Cómo calificaría la salud mental general suya [de su hijo(a)] ahora mismo?

 Excelente

 Muy buena

 Buena

 Regular

 Mala

 SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR

1. A fin de proporcionarle los mejores servicios posibles de salud mental y otros servicios relacionados, necesitamos saber qué tan bien pudo usted [su hijo(a)] enfrentarse a su vida diaria durante los últimos 30 [treinta] días. Indique su respuesta [la respuesta de su hijo(a)] a cada una de las siguientes declaraciones:

**[LEA CADA DECLARACIÓN AL CONSUMIDOR(A) O CUIDADOR(A), SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA DE SÍ O NO]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Durante los últimos 30 [treinta] días… | Sí | No | SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 1. Me las arreglo [Mi hijo(a) se las arregla] bien con los problemas diarios.
 |  |  |  |
| 1. Soy [Mi hijo(a) es] capaz de enfrentar eventos inesperados en mi [su] vida.
 |  |  |  |
| 1. Me llevo [Mi hijo(a) se lleva] bien con amigos y otras personas.
 |  |  |  |
| 1. Me llevo [Mi hijo(a) se lleva] bien con miembros de la familia.
 |  |  |  |
| 1. Me desenvuelvo [Mi hijo(a) se desenvuelve] bien en las situaciones sociales.
 |  |  |  |
| 1. Me desenvuelvo [Mi hijo(a) se desenvuelva] bien en la escuela y/o el trabajo.
 |  |  |  |
| 1. Tengo [Mi hijo(a) tiene] un lugar seguro para vivir.
 |  |  |  |

1. Las siguientes preguntas son sobre cómo se ha sentido usted [su hijo(a)] durante los últimos 30 [treinta] días. Indique su respuesta [la respuesta de su hijo(a)] a cada pregunta:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Durante los últimos 30 [treinta]** **días, ¿se ha sentido usted [su hijo(a)]…**  | **Sí** | **No** | SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 1. Nervioso(a)?
 |  |  |  |
| 1. Desesperanzado(a)?
 |  |  |  |
| 1. Inquieto(a) o impaciente?
 |  |  |  |
| 1. Tan deprimido(a) que nada podría animarle a usted [su hijo(a)]?
 |  |  |  |
| 1. Que todo requería un esfuerzo?
 |  |  |  |
| 1. Inútil?
 |  |  |  |
| 1. Molesto(a) por problemas psicológicos o emocionales?
 |  |  |  |

# B. ESTABILIDAD RESPECTO DE UNA VIVIENDA

1. **En los últimos 30 [treinta] días, ¿ha usted [su hijo(a)]…**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 1. Estado sin hogar?
 |  |  |  |
| 1. Pasado tiempo en un hospital para recibir atención para la salud mental?
 |  |  |  |
| 1. Pasado tiempo en un centro de desintoxicación/hospital o residencia para recibir tratamiento por abuso de sustancias?
 |  |  |  |
| 1. Pasado tiempo en una institución penitenciaria (p. ej. cárcel, prisión, instalación [para menores])?
 |  |  |  |
| 1. Ido a una sala de emergencias por un problema de salud mental o emocional?
 |  |  |  |
| 1. Estado satisfecho(a) con las condiciones del lugar donde vive?
 |  |  |  |

1. En los últimos 30 [treinta] días, ¿dónde ha estado viviendo usted [su hijo(a)] la mayor parte del tiempo?

**[NO LE LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL CONSUMIDOR(A). SELECCIONE SOLAMENTE UNA OPCIÓN.]**

* + RESIDENCIA PRIVADA
	+ HOGAR DE ACOGIDA
	+ ATENCIÓN RESIDENCIAL
	+ RESIDENCIA PARA CRISIS
	+ CENTRO DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL
	+ ENTORNO INSTITUCIONAL
	+ CÁRCEL/INSTALACIÓN PENITENCIARIA
	+ SIN HOGAR/REFUGIO
	+ OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ NO SABE

# C. EDUCACIÓN Y EMPLEO

* 1. ¿Está usted [su hijo(a)] inscrito(a) actualmente en una escuela o programa de capacitación laboral?
		+ Sí
		+ No
		+ SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR
	2. [SOLO PARA ADULTOS] ¿Cuál es el máximo nivel de estudios alcanzado, independientemente de que haya obtenido un título o no? [SELECCIONE SOLAMENTE UNA OPCIÓN]
		+ INFERIOR A 12° GRADO
		+ 12° GRADO/TÍTULO DE SECUNDARIA/EQUIVALENTE (EXAMEN DE DESARROLLO DE EDUCACIÓN GENERAL, GED)
		+ TÍTULO VOCACIONAL/TÉCNICO (VOC/TECH)
		+ ALGO DE CARRERA UNIVERSITARIA O ESTUDIOS SUPERIORES
		+ TÍTULO DE GRADO (Bachelor of Arts [BA], Bachelor of Science [BS])
		+ TRABAJO DE POSGRADO/TÍTULO DE POSGRADO
		+ SE NEGÓ A CONTESTAR
		+ NO SABE
	3. [SOLO PARA ADULTOS] ¿Actualmente está empleado(a)? [SELECCIONE SOLAMENTE UNA OPCIÓN]
		+ Empleado(a) a tiempo completo (35+ HORAS POR SEMANA)
		+ Empleado(a) a tiempo parcial
		+ Desempleado(a), pero buscando trabajo
		+ Sin empleo, NO buscando trabajo
		+ Sin trabajar debido a una discapacidad
		+ Jubilado(a), sin trabajar
		+ OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
		+ SE NEGÓ A CONTESTAR
		+ NO SABE
	4. En los últimos 30 [treinta] días, ¿tuvo usted dinero suficiente para satisfacer sus necesidades [las necesidades de su hijo(a)]?
		+ Sí
		+ No
		+ SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR

# D. SITUACIÓN PENAL Y RELACIONADA CON LA JUSTICIA PENAL

1. Durante los últimos 30 [treinta] días, ¿ha usted [su hijo(a)]…

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | Sí | No |  SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 1. Sido detenido(a)?
 |  |  |  |
| 1. Pasado tiempo en una cárcel o una institución penitenciaria o estado en libertad condicional?
 |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Si se trata de una entrevista del PERÍODO INICIAL, vaya a la Sección F.** **Si esta es una REEVALUACIÓN o una evaluación de ALTA MÉDICA, vaya a la Sección E.****Datos de la Sección E se recopilan solamente para la entrevista de REEVALUACIÓN y la evaluación de ALTA MÉDICA.** |

# E. PERCEPCIÓN SOBRE EL CUIDADO

1. A fin de proporcionarle los mejores servicios de salud mental y otros servicios relacionados, necesitamos saber lo que piensa usted [su hijo(a)] sobre los servicios que ha recibido durante los últimos 30 [treinta] días, las personas que los proporcionaron y los resultados. Indique si está de acuerdo/en desacuerdo usted [su hijo(a)] con cada una de las siguientes declaraciones.

 **[LEA CADA DECLARACIÓN PARA EL CONSUMIDOR(A) O CUIDADOR(A), SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA SÍ O NO]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Declaración** | **Sí** | **No** | SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 1. El personal aquí cree que puedo [mi hijo(a) puede] desarrollar, cambiar y recuperarme [recuperarse].
 |  |  |  |
| 1. Sentí [Mi hijo(a) sintió] que pude [pudo] expresar las quejas libremente.
 |  |  |  |
| 1. Me dieron [Le dieron a mi hijo(a)] información sobre mis [sus] derechos.
 |  |  |  |
| 1. El personal me alentó [le alentó a mi hijo(a)] a que asumiera la responsabilidad de cómo llevo [lleva] adelante mi [su] vida.
 |  |  |  |
| 1. El personal me dijo [le djio a mi hijo(a)] cuáles eran los efectos secundarios a los que debía prestar atención.
 |  |  |  |
| 1. El personal respetó mis deseos [los deseos de mi hijo(a)] sobre a quién se le puede brindar información sobre mi [su] tratamiento y a quién no.
 |  |  |  |
| 1. El personal tuvo sensibilidad con mis antecedentes culturales [los antecedentes culturales de mi hijo(a)] (p. ej. raza, religión, idioma).
 |  |  |  |
| 1. El personal me ayudó [le ayudó a mi hijo(a)] a obtener la información que necesitaba para poder encargarme [encargarse] del tratamiento de mi [su] enfermedad.
 |  |  |  |
| 1. Se me alentó [le alentó a mi hijo(a)] a usar programas dirigidos por el consumidor (grupos de apoyo, centros de hospitalidad, línea telefónica para crisis, etc.).
 |  |  |  |
| 1. Me sentí [Mi hijo(a) sintió] cómodo(a) haciendo preguntas sobre mi [su] tratamiento y medicamentos.
 |  |  |  |
| 1. Fui yo [Fue mi hijo(a)] quien decidió mis [sus] objetivos de tratamiento, no el personal.
 |  |  |  |
| 1. Me gustan [A mi hijo(a) le gustan] los servicios que he [ha] recibido aquí.
 |  |  |  |
| 1. Si tuviera yo [mi hijo(a)] otras opciones, me [le] gustaría seguir recibiendo servicios de esta agencia.
 |  |  |  |
| 1. Le [Mi hijo(a)] recomendaría esta agencia a un amigo o familiar.
 |  |  |  |

**El personal del beneficiario debe informar la pregunta 2 en la REEVALUACIÓN y el ALTA MÉDICA.**

1. Indique qué personal del beneficiario administró la sección E al consumidor(a) para esta entrevista:
* Personal administrativo
* Coordinador de cuidados
* Administrador de casos
* Médico clínico que proporciona servicios directos
* Médico clínico que no proporciona servicios directos
* Consumidor(a)/colega
* Recopilador de datos/evaluador
* Abogado de familias
* Otro (Especifique)

# F. RELACIONES SOCIALES

* 1. Indique SÍ o NO para cada una de las siguientes declaraciones. Proporcione respuestas respecto de las relaciones con personas distintas de su proveedor(es) de servicios de salud mental [el proveedor(es) de servicios de salud mental de su hijo(a)] durante los últimos 30 [treinta] días.

**[LEA CADA DECLARACIÓN PARA EL CONSUMIDOR(A) O CUIDADOR(A), SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA SÍ O NO]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Declaración** | **Sí** | **No** |  SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 1. Estoy [Mi hijo(a) está] contento(a) con las amistades que tengo [tiene].
 |  |  |  |
| 1. Conozco [Mi hijo(a) conoce] personas con las que puedo [puede] hacer cosas divertidas.
 |  |  |  |
| 1. Siento [Mi hijo(a) siente] que pertenezco [pertenece] a mi [su] comunidad.
 |  |  |  |
| 1. En caso de crisis, tendría yo [mi hijo(a)] el apoyo que necesito [necesita] de mi [su] familia o amigos.
 |  |  |  |
| 1. Tengo [Mi hijo(a) tiene] familiares o amigos que me [le] ayudan con mi [su] recuperación.
 |  |  |  |
| 1. Por lo general, logro [mi hijo(a) logra] lo que me propongo [se propone].
 |  |  |  |

**SI SU PROGRAMA NO REQUIERE LA SECCIÓN G y esta es una…

ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, deténgase ahora – la entrevista está completa.

Entrevista de REEVALUACIÓN o ALTA MÉDICA – vaya a la Sección H.

SI SU PROGRAMA REQUIERE LA SECCIÓN G y esta es una…

Entrevista DEL PERÍODO INICIAL – vaya a la Sección G para su programa y luego deténgase.

Entrevista de REEVALUACIÓN o ALTA MÉDICA – vaya a la Sección G para su programa y luego a la Sección H.**

# G. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

**Usted NO es responsable de recopilar información sobre TODAS las preguntas de la Sección G. Solamente complete la Sección G específica de su programa.**

**Su oficial del proyecto gubernamental (GPO por sus siglas en inglés) le proporcionará orientación sobre las preguntas de la Sección G específicas que debe completar. Si tiene alguna pregunta, contacte a su GPO.**

G1. [**TRATAMIENTO AMBULATORIO ASISTIDO**](#_G1._TRATAMIENTO_AMBULATORIO)

G2. [**ASOCIACIONES JUDICIALES Y DE SALUD CONDUCTUAL PARA DESVIACIÓN TEMPRANA**](#_G2._ASOCIACIONES_JUDICIALES)

G3. [**PROMOCIÓN DE INTEGRACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD PRIMARIA Y CONDUCTUAL**](#_G3._PROMOCIÓN_DE)

G4. [**INTEGRACIÓN DE SERVICIOS DE MINORITY AIDS**](#_G4._INTEGRACIÓN_DE)

G5. [**TRANSICIONES SALUDABLES**](#_G5._TRANSICIONES_SALUDABLES)

G6. [**TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO**](#_G6._TRATAMIENTO_ASERTIVO)

G7. [**ALTO RIESGO CLÍNICO DE PSICOSIS**](#_G7._ALTO_RIESGO)

G8.[**CLÍNICAS COMUNITARIAS DE SALUD CONDUCTUAL CON CERTIFICACIÓN**](#_G8._CLÍNICAS_COMUNITARIAS)

G9. [**INICIATIVA NACIONAL DE ESTRÉS TRAUMÁTICO INFANTIL, CATEGORÍA 3**](#_G9._INICIATIVA_NACIONAL)

# G1. TRATAMIENTO AMBULATORIO ASISTIDO PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

1. **En los últimos 30 [treinta] días, ¿ha tomado su medicamento(s) psiquiátrico según lo recetado?**
	* Sí
	* No
	* SE NEGÓ A CONTESTAR
	* NO CORRESPONDE

|  |
| --- |
| **El personal del beneficiario debe informar la pregunta 2 en la REEVALUACIÓN y el ALTA MÉDICA.** |

1. **En los últimos 30 [treinta] días, ¿ha cumplido su plan de tratamiento el consumidor(a)?**
* Sí
* No
* Se negó a contestar
* No corresponde

|  |
| --- |
|  **Si esta es una entrevista del PERÍODO INICIAL, deténgase ahora.**  **Si esta es una REEVALUACIÓN, vaya a la Sección H.** **Si esta es una evaluación de ALTA MÉDICA, vaya a la Sección H.** |

# G2. ASOCIACIONES JUDICIALES Y DE SALUD CONDUCTUAL PARA DESVIACIÓN TEMPRANAPREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

|  |
| --- |
| **El personal del beneficiario debe informar las preguntas 1 y 2 en el PERÍODO INICIAL, la REEVALUACIÓN y el ALTA MÉDICA.** |

1. **¿Se derivó al consumidor(a) a servicios de salud mental?**
* Sí  No

**1a. *[SI LA PREGUNTA 1 ES SÍ]* ¿Recibió servicios de salud mental?**

* Sí  No
1. **¿Se derivó al consumidor(a) a servicios relacionados con trastornos de consumo de sustancias?**
* Sí  No

 **2a. *[SI LA PREGUNTA 2 ES SÍ]* ¿Recibió servicios relacionados con trastornos de consumo sustancias?**

* Sí  No

|  |
| --- |
| **El consumidor(a) debe informar la pregunta 3 solamente en la REEVALUACIÓN y el ALTA MÉDICA.** |

1. **¿Le ha ayudado este programa a evitar tener más contacto con la policía y el sistema de justicia penal?**
* Sí
* No
* SIN RESPUESTA/SE NEGÓ A CONTESTAR

|  |
| --- |
|  **Si esta es una entrevista del PERÍODO INICIAL, deténgase ahora.** **Si esta es una REEVALUACIÓN, vaya a la Sección H.** **Si esta es una evaluación de ALTA MÉDICA, vaya a la Sección H.** |

# G3. PROMOCIÓN DE INTEGRACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD PRIMARIA Y CONDUCTUAL PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

|  |
| --- |
| **El consumidor(a) debe informar la pregunta 1 en el PERÍODO INICIAL, la REEVALUACIÓN y el ALTA MÉDICA.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Durante los últimos 30 [treinta] días, ¿ha usted…
 | **Sí** | **No** |  SE NEGÓ A CONTESTAR |
|  **1a.** Ido a una sala de emergencias por un problema de salud física? |  |  |  |
| **1b.** Pasado la noche en un hospital por un problema de salud física? |  |  |  |

|  |
| --- |
| **El personal del beneficiario debe informar los Puntos sobre la salud específicos del programa en el PERÍODO INICIAL, la REEVALUACIÓN y el ALTA MÉDICA.** |

1. Mediciones de salud

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2a.** | Presión arterial sistólica |   | mmHg |
| **2b.** | Presión arterial diastólica |   | mmHg |
| **2c.** | Peso |   | kg |
| **2d.** | Estatura |   | cm |
| **2e.** | Control de monóxido de carbono inhalado para determinar la situación de tabaquismo |   | ppm |

1. Resultados del análisis de sangre. Elija solamente una opción entre b *o* c.

**3a.** Fecha de la extracción de sangre: |\_\_\_\_|\_\_\_\_| / |\_\_\_\_|\_\_\_\_| / |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|
 MES DÍA AÑO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3b.** | Glucosa plasmática en ayunas |   | mg/dL |
| **3c.** | HgBA1c |   | % |
| **3d.** | Colesterol total |   | mg/dL |
| **3e.** | Colesterol LDL |  | mg/dL |

|  |
| --- |
|  **Si esta es una entrevista del PERÍODO INICIAL, deténgase ahora.** **Si esta es una REEVALUACIÓN, vaya a la Sección H.** **Si esta es una evaluación de ALTA MÉDICA, vaya a la Sección H.** |

# G4. INTEGRACIÓN DE SERVICIOS DE MINORITY AIDS PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

|  |
| --- |
| **El consumidor(a) debe informar las preguntas en el PERÍODO INICIAL, la REEVALUACIÓN y el ALTA MÉDICA.** |

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

* Sí
* No ***[VAYA A LA PREGUNTA 2.]***
* SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 2.]***
* NO SABE ***[VAYA A LA PREGUNTA 2.]***

**1a. *[SI LA PREGUNTA 1 ES SÍ]* ¿Cuál fue el resultado?**

* Positivo
* Negativo ***[VAYA A LA PREGUNTA 2.]***
* Indeterminado ***[VAYA A LA PREGUNTA 2.]***
* SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 2.]***
* NO SABE ***[VAYA A LA PREGUNTA 2.]***

***1b. [SI LA PREGUNTA 1a es POSITIVA]*, ¿Le pusieron en contacto con servicios para el tratamiento del VIH?**

* Sí
* No
* SE NEGÓ A CONTESTAR
* NO SABE

**2. ¿El programa brindó una prueba de la hepatitis B (HBV por sus siglas en inglés)?**

* Sí
* No ***[VAYA A LA PREGUNTA 3.]***
* SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 3.]***
* NO SABE ***[VAYA A LA PREGUNTA 3.]***

**2a. *[SI LA PREGUNTA 2 ES SÍ]* ¿Cuál fue el resultado?**

* Positivo
* Negativo ***[VAYA A LA PREGUNTA 3.]***
* Indeterminado ***[VAYA A LA PREGUNTA 3.]***
* SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 3.]***
* NO SABE ***[VAYA A LA PREGUNTA 3.]***
1. ***[SI LA PREGUNTA 2a ES POSITIVA]*, ¿Le pusieron en contacto con servicios para el tratamiento de la HBV?**
* Sí
* No
* SE NEGÓ A CONTESTAR
* NO SABE

**3. ¿El programa proporcionó una prueba de la hepatitis C (HCV por sus siglas en inglés)?**

* Sí
* No ***[VAYA A LA PREGUNTA 4.]***
* SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 4.]***
* NO SABE ***[VAYA A LA PREGUNTA 4.]***

**3a. *[SI LA PREGUNTA 3 ES SÍ]* ¿Cuál fue el resultado?**

* Positivo
* Negativo ***[VAYA A LA PREGUNTA 4.]***
* Indeterminado ***[VAYA A LA PREGUNTA 4.]***
* SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 4.]***
* NO SABE ***[VAYA A LA PREGUNTA 4.]***
1. ***[SI LA PREGUNTA 3a ES POSITIVA]*, ¿Le pusieron en contacto con servicios para el tratamiento de la HCV?**
* Sí
* No
* SE NEGÓ A CONTESTAR
* NO SABE

**4. ¿Recibió un formulario de derivación de *[INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]* para recibir atención médica?**

* Sí
* No
* SE NEGÓ A CONTESTAR
* NO SABE

**5. ¿Se le recetó un Medicamento antirretroviral (ART por sus siglas en inglés)?**

* Sí
* No
* SE NEGÓ A CONTESTAR
* NO SABE

**5a. *[SI LA PREGUNTA 5 ES SÍ]* En los últimos 30 [treinta] días, ¿con qué frecuencia ha tomado su 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”.]***

 **Si esta es una entrevista del PERÍODO INICIAL, deténgase ahora.**

**Si esta es una REEVALUACIÓN, vaya a la Sección H.**

**Si esta es una evaluación de ALTA MÉDICA, vaya a la Sección H.**

# G5. TRANSICIONES SALUDABLES PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

|  |
| --- |
| **El personal del beneficiario debe informar las preguntas en el PERÍODO INICIAL, la REEVALUACIÓN y el ALTA MÉDICA.** |

**1. ¿Se derivó al consumidor(a) a servicios de salud mental?**

* SÍ  NO

**1a. *[SI LA PREGUNTA 1 ES SÍ]* ¿Recibió servicios de salud mental?**

* SÍ  NO
1. **¿Se derivó al consumidor(a) a servicios relacionados con trastornos de consumo de sustancias?**
* SÍ  NO
1. ***[SI L*A *PREGUNTA 2 ES SÍ]* ¿Recibió servicios relacionados con trastornos de consumo de sustancias?**
* SÍ  NO

|  |
| --- |
|  **Si esta es una entrevista del PERÍODO INICIAL, deténgase ahora.** **Si esta es una REEVALUACIÓN, vaya a la Sección H.** **Si esta es una evaluación de ALTA MÉDICA, vaya a la Sección H.** |

# G6. TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

|  |
| --- |
| **El consumidor(a) debe informar las preguntas en la REEVALUACIÓN y el ALTA MÉDICA. Si esta es una evaluación del PERÍODO INICIAL, deténgase aquí.** |

1. **¿Con qué frecuencia interactúa un miembro de su equipo con usted?**
* Por lo menos una vez al día
* Por lo menos una vez a la semana
* Por lo menos una vez al mes
* Nunca
* SE NEGÓ A CONTESTAR
* NO SABE
1. **Si necesito hablar con alguien de mi equipo, sé a quién llamar.**
* Sí
* No
* SE NEGÓ A CONTESTAR
* NO CORRESPONDE

|  |
| --- |
|  **Si esta es una REEVALUACIÓN, vaya a la Sección H.****Si esta es una evaluación de ALTA MÉDICA, vaya a la Sección H.** |

# G7. ALTO RIESGO CLÍNICO DE PSICOSIS PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

|  |
| --- |
| **El personal del beneficiario debe informar la pregunta 1 en la REEVALUACIÓN y el ALTA MÉDICA. Si esta es una evaluación del PERÍODO INICIAL, deténgase aquí.** |

1. **¿El consumidor(a) ha presentado un episodio de psicosis desde la última entrevista?**
* Sí
* No
* NO SABE

**1a. *[SI LA PREGUNTA 1 ES SÍ]* Indique la fecha aproximada en la que el consumidor(a) presentó la psicosis por primera vez.**

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

**1b. *[SI LA PREGUNTA 1 ES SÍ]* ¿Se derivó al consumidor(a) a servicios?**

* Sí
* No
* NO SABE
1. ***[SI LA PREGUNTA 1b ES SÍ]* Indique la fecha en la que el consumidor(a) recibió servicios/un tratamiento.**

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

|  |
| --- |
|  **Si esta es una REEVALUACIÓN, vaya a la Sección H.** **Si esta es una evaluación de ALTA MÉDICA, vaya a la Sección H.** |

# G8. CLÍNICAS COMUNITARIAS DE SALUD CONDUCTUAL CON CERTIFICACIÓNPREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

|  |
| --- |
| **El personal del beneficiario debe informar las preguntas en el PERÍODO INICIAL, la REEVALUACIÓN y el ALTA MÉDICA.** |

* 1. Durante los últimos 30 [treinta] días, ¿recibió el consumidor(a) los siguientes servicios?
		1. Servicios de salud mental en casos de crisis  Sí  No
		2. Detección, evaluación, diagnóstico  Sí  No
		3. Planificación del tratamiento centrada en el paciente  Sí  No
		4. Servicios continuos de salud mental  Sí  No
		5. Evaluación/monitoreo de salud física  Sí  No
		6. Administración de casos focalizada  Sí  No
		7. Servicios de rehabilitación psiquiátrica  Sí  No
		8. Servicios de apoyo entre pares  Sí  No
		9. Psicoeducación y apoyo familiar  Sí  No
		10. Servicios para veteranos y miembros militares  Sí  No
	2. Mediciones de salud:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2a.** | Presión arterial sistólica |   | mmHg |
| **2b.** | Presión arterial diastólica |   | mmHg |
| **2c.** | Peso |   | kg |
| **2d.** | Estatura |   | cm |

|  |
| --- |
|  **Si esta es una entrevista del PERÍODO INICIAL, deténgase ahora.** **Si esta es una REEVALUACIÓN, vaya a la Sección H.** **Si esta es una evaluación de ALTA MÉDICA, vaya a la Sección H.** |

# G9. INICIATIVA NACIONAL DE ESTRÉS TRAUMÁTICO INFANTIL, CATEGORÍA 3 - PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

|  |
| --- |
| **El consumidor(a) o cuidador(a) debe informar las preguntas en la REEVALUACIÓN y el ALTA MÉDICA. Si esta es una evaluación del PERÍODO INICIAL, deténgase aquí.** |

**[LEA CADA DECLARACIÓN A CONTINUACIÓN PARA EL CONSUMIDOR(A) O CUIDADOR(A) Y ANOTE RESPUESTA.]**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Declaración** | **Sí** | **No** |  SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR |  NO CORRESPONDE |
| **1.** Como resultado del tratamiento y los servicios recibidos, mi trauma [el trauma de mi hijo(a)] y/o experiencias de pérdida fueron identificadas y tratadas. |  |  |  |  |
| **2.** Como resultado del tratamiento y los servicios recibidos por trauma y/o experiencias de pérdida, se han disminuido mis comportamientos/síntomas [los comportamientos/síntomas de mi hijo(a)] problemáticos. |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **Si esta es una REEVALUACIÓN, vaya a la Sección H.** **Si esta es una evaluación de ALTA MÉDICA, vaya a la Sección H.** |

# H. SERVICIOS RECIBIDOS Y ESTADO DEL ALTA MÉDICA

|  |
| --- |
| **El personal del beneficiario debe informar la pregunta 1 solamente en la REEVALUACIÓN y el ALTA MÉDICA.** |

1. **¿En qué fecha recibió servicios por última vez el consumidor(a)?**

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

 MES AÑO

**Identifique todos los servicios proporcionados por su proyecto de subvención al consumidor(a) durante su participación en el programa. Esto incluye los servicios financiados y no financiados por las subvenciones.**

| **Servicios básicos** | **Proporcionado** | **Se desconoce** | **Servicio no disponible** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sí** | **No** |
| 1. Detección
 |  |  |  |  |
| 1. Evaluación
 |  |  |  |  |
| 1. Planificación o revisión del tratamiento
 |  |  |  |  |
| 1. Servicios psicofarmacológicos
 |  |  |  |  |
| 1. Servicios de salud mental
 |  |  |  |  |
| 1. Servicios simultáneos
 |  |  |  |  |
| 1. Administración de casos
 |  |  |  |  |
| 1. Servicios específicos para el trauma
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Se derivó al consumidor(a) 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. Cuidado de niños
 |  |  |  |  |
| 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) a otro proveedor para que recibiera cualquiera de los servicios de apoyo mencionados anteriormente?
 |  |  |  |  |

**El personal del beneficiario debe informar las preguntas 2 y 3 solamente en el ALTA MÉDICA.**

1. ¿En qué fecha fue dado(a) de alta el consumidor(a)?

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

1. ¿Cuál es el estado de alta médica del consumidor(a)?
* Cese de tratamiento mutuamente acordado
* Se retiró de/rehusó tratamiento
* Sin contacto durante 90 días después de último encuentro
* Derivado(a) a clínica externa
* Muerte
* Otro (Especifique)