

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

## **Centro de Servicios de Salud Mental (CMHS)**

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

## **HERRAMIENTA DE SERVICIOS**

### **Versión combinada para niños/adolescentes o cuidadores**

Sistema de Informes y Rendición de Cuentas sobre el Desempeño (SPARS) de SAMHSA  
Noviembre de 2021

---

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

*[Esta página se dejó en blanco intencionalmente]*

## Índice

<u>GESTIÓN DE REGISTROS .....</u>	<u>1</u>
<u>DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL .....</u>	<u>2</u>
<u>A. DATOS DEMOGRÁFICOS.....</u>	<u>6</u>
<u>B. DESEMPEÑO .....</u>	<u>7</u>
<u>B. FAMILIAS DE MILITARES Y DESPLIEGUE POR MOTIVOS MILITARES .....</u>	<u>10</u>
<u>C. ESTABILIDAD RESPECTO DE UNA VIVIENDA .....</u>	<u>11</u>
<u>D. EDUCACIÓN .....</u>	<u>12</u>
<u>E. SITUACIÓN PENAL Y RELACIONADA CON LA JUSTICIA PENAL .....</u>	<u>13</u>
<u>F. PERCEPCIÓN SOBRE EL CUIDADO .....</u>	<u>13</u>
<u>G. RELACIONES SOCIALES .....</u>	<u>15</u>
<u>H. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA .....</u>	<u>16</u>
<u>H1. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA .....</u>	<u>17</u>
<u>H2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA .....</u>	<u>18</u>
<u>H3. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA .....</u>	<u>19</u>
<u>H4. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA .....</u>	<u>20</u>
<u>I. ESTADO DE REEVALUACIÓN .....</u>	<u>21</u>
<u>J. ESTADO DEL ALTA MÉDICA.....</u>	<u>21</u>
<u>K. SERVICIOS RECIBIDOS.....</u>	<u>22</u>

*[Esta página se dejó en blanco intencionalmente]*

## GESTIÓN DE REGISTROS

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

ID del consumidor

ID de la subvención (subvención/contrato/acuerdo de cooperación)

ID del centro

### 1. Indique el tipo de evaluación:

<input type="radio"/> Período inicial <b>[ANOTE EL MES Y EL AÑO EN EL QUE EL CONSUMIDOR RECIBIÓ SERVICIOS POR PRIMERA VEZ EN VIRTUD DE LA SUBVENCIÓN RESPECTO DE ESTE EPISODIO DE ATENCIÓN.]</b>  <input type="text"/> / <input type="text"/> MES                      AÑO	<input type="radio"/> Reevaluación  ¿Qué reevaluación de 6 meses? <input type="text"/>  <b>[ANOTE 06 SI SE TRATA DE UNA EVALUACIÓN A LOS 6 MESES, 12 SI SE TRATA DE UNA EVALUACIÓN A LOS 12 MESES, 18 SI SE TRATA DE UNA EVALUACIÓN A LOS 18 MESES, ETC.]</b>	<input type="radio"/> Alta médica
--	--	-----------------------------------

### 2. ¿Se llevó a cabo la entrevista?

<input type="radio"/> Sí  ¿Cuándo? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> MES                      DÍA                      AÑO	<input type="radio"/> No  ¿Por qué no? Seleccione una respuesta únicamente.  <input type="radio"/> No se pudo obtener el consentimiento del representante. <input type="radio"/> El consumidor no pudo o era incapaz de prestar consentimiento. <input type="radio"/> El consumidor se rehusó a participar de esta entrevista solamente. <input type="radio"/> No se pudo localizar al consumidor para la entrevista. <input type="radio"/> El consumidor rechazó todas las entrevistas.  <b>[VAYA A LA PREGUNTA 4.]</b>
---	--

### 3. ¿Contestó el niño o el cuidador?

- Niño    **[SE PREFIEREN NIÑOS MAYORES DE 11 AÑOS.]**  
 Cuidador

## DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL

### 4. Diagnósticos relacionados con la salud conductual [INFORMADOS POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA.]

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

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

## 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F13.21 – Trastorno de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F13.9 – Consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin especificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b><u>Trastornos relacionados con el consumo de cocaína</u></b>				
F14.10 – Trastorno de consumo de cocaína, sin complicaciones, leve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F14.11 – Trastorno de consumo de cocaína, leve, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F14.20 – Trastorno de consumo de cocaína, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F14.21 – Trastorno de consumo de cocaína, moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F14.9 – Consumo de cocaína, sin especificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b><u>Trastornos relacionados con el consumo de otros estimulantes</u></b>				
F15.10 – Trastorno de consumo de otros estimulantes, sin complicaciones, leve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F15.11 – Trastorno de consumo de otros estimulantes, leve, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F15.20 – Trastorno de consumo de otros estimulantes, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F15.21 – Trastorno de consumo de otros estimulantes moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F15.9 – Consumo de otros estimulantes, sin especificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b><u>Trastornos relacionados con el consumo de alucinógenos</u></b>				
F16.10 – Trastorno de consumo de alucinógenos, sin complicaciones, leve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F16.11 – Trastorno de consumo de alucinógenos, leve, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F16.20 – Trastorno de consumo de alucinógenos, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F16.21 – Trastorno de consumo de alucinógenos, moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F16.9 – Consumo de alucinógenos, sin especificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b><u>Trastornos relacionados con el consumo de inhalantes</u></b>				
F18.10 – Trastorno de consumo de inhalantes, sin complicaciones, leve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F18.11 – Trastorno de consumo de inhalantes, leve, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F18.20 – Trastorno de consumo de inhalantes, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F18.21 – Trastorno de consumo de inhalantes, moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F18.9 – Consumo de inhalantes, sin especificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 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
<b>Trastornos relacionados con el consumo de otras sustancias psicoactivas</b>				
F19.10 – Trastorno de consumo de otras sustancias psicoactivas, sin complicaciones, leve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F19.11 – Trastorno de consumo de otras sustancias psicoactivas en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F19.20 – Trastorno de consumo de otras sustancias psicoactivas, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F19.21 – Trastorno de consumo de otras sustancias psicoactivas moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F19.9 – Consumo de otras sustancias psicoactivas, sin especificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Dependencia a la nicotina</b>				
F17.20 – Trastorno de consumo de tabaco leve/moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F17.21 – Trastorno de consumo de tabaco leve/moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL</b>				
F20 – Esquizofrenia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F21 – Trastorno esquizotípico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F22 – Trastorno delirante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F23 – Trastorno psicótico breve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F24 – Trastorno psicótico compartido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F25 – Trastorno esquizoafectivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F28 – Otro trastorno psicótico no causado por una sustancia o afección psicológica conocida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F29 – Psicosis no especificada no causada por una sustancia o afección psicológica conocida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F30 – Episodio maniaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F31 – Trastorno bipolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F32 – Trastorno depresivo mayor, episodio único	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F33 – Trastorno depresivo mayor, recurrente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F34 – Trastornos del estado de ánimo [afectivos] persistentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F39 – Trastorno del estado de ánimo [afectivo] no especificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F40–F48 – Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con el estrés, somatoformes y otros trastornos mentales no psicóticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F50 – Trastornos alimenticios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F51 – Trastornos del sueño no causados por una sustancia o afección psicológica conocida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F60.2 – Trastorno de personalidad antisocial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F60.3 – Trastorno límite de la personalidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F70–F79 – Discapacidades intelectuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F80–F89 – Trastornos generalizados o específicos del desarrollo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F90 – Trastornos por déficit de atención e hiperactividad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F91 – Trastornos del comportamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F93 – Trastornos emocionales que aparecieron en la infancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F94 – Trastornos de la función social que aparecieron en la infancia o adolescencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F95 – Trastorno de tic	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F98 – Otros trastornos conductuales y emocionales cuya aparición suele darse en la infancia y adolescencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F99 – Trastorno mental no especificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

No sabe

Ninguno de los anteriores

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

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

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

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

***[PARA EL ALTA MÉDICA:***

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

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

## A. DATOS DEMOGRÁFICOS

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

1. ¿Cuál es [tu género /el género de su niño]?

- MASCULINO
- FEMENINO
- TRANSGÉNERO
- OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
- SE NEGÓ A CONTESTAR

2. ¿[Eres/Es su niño hispano o latino?

- SÍ
- NO *[VAYA AL PUNTO 3.]*
- SE NEGÓ A CONTESTAR *[VAYA AL PUNTO 3.]*

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

Grupo étnico	SÍ	NO	SE NEGÓ A CONTESTAR
Centroamericano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cubano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dominicano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mexicano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Portorriqueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sudamericano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OTRO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <i>[EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE ABAJO.]</i>

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

3. ¿Cuál [consideras que es tu raza/la raza de su niño]? Conteste(a) “sí” o “no” a cada una de las preguntas siguientes. Puede(s) contestar “sí” a más de una.

Raza	SÍ	NO	SE NEGÓ A CONTESTAR
Nativo de Alaska	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nativo americano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Negro o afroamericano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blanco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. ¿Cuál es el mes y el año [de tu nacimiento/del nacimiento de su niño]?

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

- SE NEGÓ A CONTESTAR

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

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

## B. DESEMPEÑO

1. ¿Cómo [calificarías tu salud general/calificaría la salud general de su niño] ahora mismo?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

2. A fin de proporcionar los mejores servicios posibles de salud mental y otros servicios relacionados, necesitamos saber lo que piensa(s) sobre qué tan bien [pudiste enfrentarte a tu vida diaria/pudo enfrentarse su niño a su vida diaria] durante los últimos 30 días. [Indica si estás/Indique si está] de acuerdo/en desacuerdo con cada una de las siguientes declaraciones.

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

DECLARACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTAS						
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO CORRESPONDE
a. [Me las arreglo bien con mi vida diaria/Mi niño se las arregla bien con su vida diaria.]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b. [Me llevo bien/Mi niño se lleva bien] con la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. [Me llevo bien/Mi niño se lleva] bien con las amistades y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
d. [Me desenvuelvo/Mi niño se desenvuelve] bien en la escuela y/o el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. [Puedo arreglármelas/Mi niño puede arreglárselas] cuando las cosas salen mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
f. Estoy satisfecho con nuestra vida familiar en este momento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

## B. DESEMPEÑO (CONTINUACIÓN)

*[SI EL CUIDADOR ES LA PERSONA ENTREVISTADA, VAYA A LA PREGUNTA OPCIONAL DE LA EVALUACIÓN GLOBAL DEL DESEMPEÑO (GAF).]*

3. Las siguientes preguntas son sobre cómo te has sentido durante los últimos 30 días. Para cada pregunta, indica con qué frecuencia has sentido lo siguiente.

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

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTAS						
	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia te has sentido...							
a. nervioso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. desesperanzado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. inquieto o impaciente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. tan deprimido que nada podía animarte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. como si todo fuera un esfuerzo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. inútil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## B. DESEMPEÑO (CONTINUACIÓN)

*[SI EL CUIDADOR ES LA PERSONA ENTREVISTADA, VAYA A LA PREGUNTA OPCIONAL DE LA EVALUACIÓN GLOBAL DEL DESEMPEÑO (GAF).]*

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

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

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

---

## B. DESEMPEÑO (CONTINUACIÓN)

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

FECHA EN QUE SE LLEVÓ A CABO LA GAF: / /   
MES DÍA AÑO

¿CUÁL FUE LA PUNTUACIÓN DEL CONSUMIDOR? GAF =

***[OPCIONAL: PUNTUACIÓN T DE LOS PROBLEMAS TOTALES DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DEL MENOR (CBCL) INFORMADA POR EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN SEGÚN EL CRITERIO DEL PROYECTO.]***

FECHA EN QUE SE LLEVÓ A CABO LA CBCL: / /   
MES DÍA AÑO

¿CUÁL FUE LA PUNTUACIÓN DEL CONSUMIDOR?  
PUNTUACIÓN T DE LOS PROBLEMAS TOTALES =

---

## B. FAMILIAS DE MILITARES Y DESPLIEGUE POR MOTIVOS MILITARES

***[LAS PREGUNTAS 5 Y 6 SOLO SE HACEN EN EL PERÍODO INICIAL. SI NO SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, VAYA A LA SECCIÓN C.]***

***[SI EL CUIDADOR ES LA PERSONA ENTREVISTADA, VAYA A LA PREGUNTA 6.]***

***[SI EL CONSUMIDOR ES MENOR DE 18 AÑOS, VAYA A LA PREGUNTA 6.]***

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

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

6. ¿Actualmente alguien de [tu familia/la familia de su niño] o alguna persona cercana a [tí/a tu niño] está prestando servicios de manera activa o está jubilado/separado de las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional?

- Sí, solo una persona
- Sí, más de una persona
- No
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

## C. ESTABILIDAD RESPECTO DE UNA VIVIENDA

1. En los últimos 30 días, cuántas...	Cantidad de noches/veces	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
a. noches [has pasado/ha pasado su niño] sin tener un hogar?	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. noches [has pasado/ha pasado su niño] en un hospital para recibir atención para la salud mental?	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. noches [has pasado/ha pasado su niño] en un centro de desintoxicación/hospital o residencia para recibir tratamiento por abuso de sustancias?	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. noches [has pasado/ha pasado su niño] en instituciones penitenciarias, incluidas cárceles o prisiones?	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[SUME LA CANTIDAD TOTAL DE NOCHES QUE PASÓ SIN HOGAR PROPIO, EN UN HOSPITAL PARA RECIBIR ATENCIÓN PARA LA SALUD MENTAL, EN UN CENTRO DE DESINTOXICACIÓN/HOSPITAL O RESIDENCIA PARA RECIBIR TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS O EN UNA INSTITUCIÓN PENITENCIARIA. (LOS PUNTOS 1A-1D NO PUEDEN EXCEDER 30 NOCHES).]**

|\_|\_|\_|

e. veces [has ido/ha ido su niño] a una sala de emergencias por un problema psiquiátrico o emocional?	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-------	-----------------------	-----------------------

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

2. En los últimos 30 días, ¿dónde [has estado viviendo/ha estado viviendo su niño] la mayor parte del tiempo?

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

- CASA, APARTAMENTO, REMOLQUE O HABITACIÓN PROPIAS DEL CUIDADOR O ALQUILADOS
- CASA, APARTAMENTO, REMOLQUE O HABITACIÓN INDEPENDIENTES PROPIOS O ALQUILADOS
- CASA, APARTAMENTO, REMOLQUE O HABITACIÓN DE OTRA PERSONA
- SIN HOGAR (REFUGIO, CALLE/AIRE LIBRE, PARQUE)
- HOGAR GRUPAL
- HOGAR DE ACOGIDA (TRATAMIENTO TERAPÉUTICO ESPECIALIZADO)
- HOGAR TRANSITORIO
- HOSPITAL (RAZONES MÉDICAS)
- HOSPITAL (PSIQUIÁTRICO)
- CENTRO DE DESINTOXICACIÓN/HOSPITAL O RESIDENCIA PARA EL TRATAMIENTO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS
- INSTALACIONES PENITENCIARIAS (CENTRO DE DETENCIÓN/CÁRCEL/PRISION PARA MENORES)
- OTRO TIPO DE VIVIENDA (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

---

## D. EDUCACIÓN

1. Durante los últimos 30 días de clases escolares, ¿cuántos días [faltaste/faltó su niño] por cualquier motivo?

- 0 DÍAS
- 1 DÍA
- 2 DÍAS
- DE 3 A 5 DÍAS
- DE 6 A 10 DÍAS
- MÁS DE 10 DÍAS
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE
- NO CORRESPONDE

a. *[EN CASO DE HABER FALTADO]*, ¿cuántos días fueron ausencias injustificadas?

- 0 DÍAS
- 1 DÍA
- 2 DÍAS
- DE 3 A 5 DÍAS
- DE 6 A 10 DÍAS
- MÁS DE 10 DÍAS
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE
- NO CORRESPONDE

2. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios que [has alcanzado/ha alcanzado su niño], independientemente de que [haya/su niño haya] obtenido un título o no?

- NO ASISTIÓ NUNCA
- PREESCOLAR
- JARDÍN DE INFANCIA
- 1.º GRADO
- 2.º GRADO
- 3.º GRADO
- 4.º GRADO
- 5.º GRADO
- 6.º GRADO
- 7.º GRADO
- 8.º GRADO
- 9.º GRADO
- 10.º GRADO
- 11.º GRADO
- 12.º GRADO/TÍTULO DE SECUNDARIA/EQUIVALENTE (EXAMEN DE DESARROLLO DE EDUCACIÓN GENERAL, GED)
- TÍTULO VOCACIONAL/TÉCNICO
- CARRERA UNIVERSITARIA O ESTUDIOS SUPERIORES INCOMPLETOS
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE



## E. SITUACIÓN PENAL Y RELACIONADA CON LA JUSTICIA PENAL

1. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces [te arrestaron/arrestaron a su niño]?

VECES       SE NEGÓ A CONTESTAR       NO SABE

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

## F. PERCEPCIÓN SOBRE EL CUIDADO

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

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

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

DECLARACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTAS					
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo	SE NEGÓ A CONTESTAR
a. El personal de acá me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. El personal respetó las creencias religiosas/espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. El personal habló conmigo de una manera que pude comprender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. El personal tuvo sensibilidad con mis antecedentes culturales/étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Ayudé a elegir [mis servicios/los servicios de mi niño].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Ayudé a elegir [mis objetivos de tratamiento/los objetivos de tratamiento de mi niño].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Participé en [mi tratamiento/el tratamiento de mi niño].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. En general, estoy satisfecho con los servicios que [recibí/que recibió mi niño].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## F. PERCEPCIÓN SOBRE EL CUIDADO (CONTINUACIÓN)

DECLARACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTAS					
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo	SE NEGÓ A CONTESTAR
i. Las personas que [me ayudan, me apoyaron/ayudan a mi niño, lo apoyaron] sin importar lo que sucediera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Sentí que [yo/mi niño] tenía a alguien con quien hablar cuando [tuve/tuvo] problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Los servicios que [recibí/recibió mi niño y/o mi familia] fueron los adecuados para [mí/nosotros].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. [Recibí/Mi familia recibió] la ayuda que [quería/queríamos para mi niño].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. [Recibí/Mi familia recibió] toda la ayuda que [necesitaba/necesitábamos para mi niño].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. **[INDIQUE QUIÉN ADMINISTRÓ LA SECCIÓN F, PERCEPCIÓN SOBRE EL CUIDADO, AL CONSUMIDOR (CUIDADOR) DURANTE ESTA ENTREVISTA.]**

- PERSONAL ADMINISTRATIVO
- COORDINADOR DE CUIDADOS
- ADMINISTRADOR DE CASOS
- MÉDICO CLÍNICO QUE PROPORCIONA SERVICIOS DIRECTOS
- MÉDICO CLÍNICO QUE NO PROPORCIONA SERVICIOS
- COLEGA DEL CONSUMIDOR
- RECOPIADOR DE DATOS
- EVALUADOR
- ABOGADO DE FAMILIAS
- PERSONAL ASISTENTE DE LA INVESTIGACIÓN
- AUTOADMINISTRADO
- OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

## G. RELACIONES SOCIALES

1. [Indica si estás/Indique si está] en desacuerdo/de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. [Proporciona/Proporcione] respuestas respecto de las relaciones con personas que no sean [tus proveedores de servicios de salud mental/los proveedores de servicios de salud mental de su niño] durante los últimos 30 días.

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

DECLARACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTAS					
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo	SE NEGÓ A CONTESTAR
a. Conozco personas que me escucharán y me entenderán cuando necesite hablar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Conozco personas con las que me siento cómodo cuando hablo de [mis problemas/los problemas de mi niño].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. En caso de crisis, tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Conozco personas con las que puedo hacer cosas divertidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

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

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

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

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

---

## **H. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA**

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

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

# H1. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

- |   | Cantidad de veces                         | SE NEGÓ A CONTESTAR   | NO SABE               |
|---|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Durante los últimos 30 días:   |   |                       |                       |
| a. ¿Cuántas veces [has pensado en suicidarte/ha pensado en suicidarse]? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. ¿Cuántas veces [intentaste suicidarte/intentó suicidarse]?           | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

*[RESPUESTA DEL CUIDADOR:]*

- |  | Sí                    | No                    | SE NEGÓ A CONTESTAR   | NO SABE               |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Durante los últimos 30 días:                                |                       |                       |                       |                       |
| a. ¿Su niño le ha expresado pensamientos acerca de suicidarse? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. ¿Su niño intentó suicidarse?                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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

2. Indique qué tipos de fuentes de financiación se utilizaron o se utilizarán para pagar los servicios proporcionados a este consumidor desde su última entrevista. (Marque todas las opciones que correspondan):
- Financiación de la subvención de la SAMHSA actual
  - Otra financiación de subvención federal
  - Financiación estatal
  - Seguro privado del consumidor
  - Medicaid/Medicare
  - Otro (especifique): \_\_\_\_\_

## H2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

*[EL CONSUMIDOR/CUIDADOR DEBE RESPONDER LAS PREGUNTAS 1, 2 Y 3 EN LA ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, DE REEVALUACIÓN Y DEL ALTA MÉDICA.]*

[Indica si estás/Indique si está] de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones:

*[LÉALE CADA DECLARACIÓN SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL CONSUMIDOR/CUIDADOR.]*

DECLARACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTAS						
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
1. Como resultado del tratamiento y los servicios recibidos, se identificó y se abordó [mi trauma y/o mis experiencias de pérdida/el trauma y/o las experiencias de mi niño].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Como resultado del tratamiento y los servicios recibidos relacionados con [mi trauma y/o mis experiencias de pérdida, mis comportamientos/síntomas del problema/el trauma y/o las experiencias de mi niño, sus comportamientos/síntomas del problema de mi niño] disminuyeron.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Como resultado del tratamiento y los servicios recibidos, se ha notado una mejora en [mi vida diaria / la vida diaria de mi niño], como en la escuela o al interactuar con familiares o amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

### H3. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

#### 1. Mediciones de salud:

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

#### H4. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

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

- Sí
- No
- NO SABE

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

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

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

- Sí
- No
- NO SABE

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

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

NO SABE

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

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

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



---

## I. ESTADO DE REEVALUACIÓN

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

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No

*[VAYA A LA SECCIÓN K.]*

---

## J. ESTADO DEL ALTA MÉDICA

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

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

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

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

- Interrumpió el tratamiento de mutuo acuerdo.
- Abandonó/rechazó el tratamiento.
- No hubo ningún contacto en los últimos 90 días posteriores al último encuentro.
- Derivación médica
- Fallecimiento
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

*[VAYA A LA SECCIÓN K.]*

## K. SERVICIOS RECIBIDOS

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

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

/      
 MES AÑO

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

Servicios básicos	<u>Proporcionado</u>		SE	SERVICIO NO
	Sí	No	DESCONOCE	DISPONIBLE
1. Detección	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Evaluación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Planificación o revisión del tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Servicios psicofarmacológicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Servicios de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Cantidad de veces \_\_\_\_ por

Día                      SE DESCONOCE  
 Semana                        
 Mes  
 Año

Servicios básicos (continuación)	<u>Proporcionado</u>		SE	SERVICIO NO
	Sí	No	DESCONOCE	DISPONIBLE
6. Servicios simultáneos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Administración de casos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Servicios específicos para el trauma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Se derivó al consumidor a otro proveedor para que recibiera cualquiera de los servicios básicos mencionados anteriormente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Servicios de apoyo	<u>Proporcionado</u>		SE	SERVICIO NO
	Sí	No	DESCONOCE	DISPONIBLE
1. Atención médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Servicios de empleo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Servicios familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Atención pediátrica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Servicios educativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Apoyo relacionado con una vivienda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Actividades recreativas y sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Servicios dirigidos por el consumidor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Prueba de VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Se derivó al consumidor a otro proveedor para que recibiera cualquiera de los servicios de apoyo mencionados anteriormente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>