

## Attachment 5. Client Check-In Questionnaire

Formulario Aprobado  
Número de OMB: 0920-xxxx  
Fecha de vigencia: xx/xx/xxxx

Carga pública de la información de esta colección de la información estimado de 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, juntar y mantener los datos requeridos, así como completar y revisar la recopilación de la información. Ninguna agencia o patrocinador puede realizar una recolección de datos, y ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información, a menos que lleve un número de control de OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) válido. Envíe sus comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluso sugerencias sobre a la manera de reducir el tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NW, MS D-74, Atlanta, GA 30333; Attn: PRA (0920-XXXX).

**Note:** *The Check-In Questionnaire is a subset of items on the Client Questionnaire. It is self-administered by clients (with or without FI present). Questions are meant to determine tenure in their original OUD treatment episode, learn of other treatments that client may have entered, assess client's recent drug use (prescribed and illicit), check for recent overdoses, ED visits, and hospitalizations, measure current health status, and check for criminal activity. The questionnaire must be self-explanatory as it is self-administered by client with or without FI present.*

**Programmer Note:** *At the beginning of the web questionnaire, we will briefly describe the nature of the questions to be asked and include contact information for the National Suicide Prevention Lifeline, which is a national network of local crisis centers that provides free and confidential emotional support to people in suicidal crisis or emotional distress 24 hours a day, 7 days a week. The telephone number is 1-800-273-TALK.*

The Flesh-Kincaid grade reading level is 5.9.

## I. Consentimiento (CO)

**CO1. ¿Reconoce que ha leído, comprendido y está de acuerdo en proporcionar su consentimiento para participar en este cuestionario de encuesta?**

1. ☐ Sí, yo consiento
2. ☐ No, yo no consiento

*Programmer Note: Include a link to the full text of the informed consent. Label the link:*

**CO2** Haga clic [aquí](#) si desea revisar el documento de consentimiento informado.

*Programmer Note: If CO1=No, display the message:*

**CO3** Usted ha indicado que no da su consentimiento para participar en este estudio. Si eso es correcto, confirme que ha retirado su consentimiento. Un miembro del personal del estudio se comunicará con usted para hablar sobre sus preocupaciones. Tenga la seguridad de que siempre tiene el derecho de no responder a ninguna pregunta y de retirar el consentimiento en cualquier momento. Si esto no es correcto, confirme que proporciona el consentimiento a continuación y se le llevará a la siguiente pregunta.

1. ☐ Sí, yo consiento [Return client to CO1]
2. ☐ No, yo no consiento [Go to END]

---

## II. Estado del tratamiento en el lugar del estudio (SS)

*Programmer Note: MAT/COUN = type of treatment client is receiving at index facility. Codes are MMT, BUP, NTX, and COUN.*

*If MMT, use “terapia de mantenimiento con metadona”*

*If BUP, use “buprenorfina (por ejemplo, Suboxone, Probufina, genérico)”*

*If NTX, use “naltrexona (por ejemplo, Vivitrol, Revia, genérico)”*

*If COUN, use “consejería”*

*FACILITY = the Short\_Name of the index facility*

*START=the date that index treatment began*

*INDEX DAYS=days spent in INDEX treatment. If still in INDEX treatment, INDEX DAYS = (today-START). If no longer in INDEX treatment, INDEX DAYS=(date ended treatment (SS3) – START)*

---

## Definir tratamiento ÍNDICE

**BASE: All not previously sent to END.**

**SS1.** Usted ha sido invitado(a) a tomar parte en el estudio MAT porque recibió tratamiento para la adicción de opioides en (FACILITY) usando (MAT/COUN) comenzando el (START).

**Este es su tratamiento ÍNDICE.**

☐ Haga clic aquí si no recibió el tratamiento ÍNDICE arriba mencionado.

*Programmer Note: If ☐ is clicked, display message below and go to END.*

**Parece haber un error en nuestros registros. Por favor, acepte nuestras disculpas. Un miembro del personal del estudio se comunicará con usted para resolver el error.**

*Survey Manager Note: Reconcile error and refiled the survey.*

---

## Fecha del tratamiento ÍNDICE

**BASE: All not previously sent to END.**

**SS2.** ¿Sigue recibiendo su tratamiento ÍNDICE?

**Responda NO si:**

**dejó de ir a (FACILITY)**

**dejó de recibir (MAT/COUN)**

**comenzó a recibir (MAT/COUN) en un centro diferente**

**todavía va a (FACILITY) pero comenzó a recibir un tipo diferente de tratamiento para la adicción de opioides**

1. ☐ Sí

2. ☐ No

BASE: SS2=No

**SS3. ¿Cuándo dejó de recibir su tratamiento ÍNDICE?** (Ingrese una fecha aproximada si no está seguro(a) de la fecha exacta).

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

---

## Razón para dejar de recibir tratamiento ÍNDICE

BASE: SS2=No

*Programmer note: Do NOT randomly order list.*

**SS4. ¿Por qué dejó de recibir su tratamiento ÍNDICE?** (Si tiene varias razones, seleccione la razón más importante).

1. ☐ Completé mi tratamiento ÍNDICE
2. ☐ Dejé mi tratamiento ÍNDICE en forma voluntaria
3. ☐ Seguí mi tratamiento con [MAT/COUN] en un centro diferente
4. ☐ Todavía sigo recibiendo tratamiento para mi adicción de opioides en (FACILITY), pero ya no sigo recibiendo [MAT/COUN]
5. ☐ Me retiraron del programa de mi tratamiento ÍNDICE en forma involuntaria (por ejemplo, por incumplimiento, por el uso continuo de sustancias, por violar las reglas del programa, por dejar de pagar, etc.)
6. ☐ Por una razón diferente o ninguna de las razones arriba mencionadas (especificar): \_\_\_\_\_

BASE: SS2=No

*Programmer note: Randomly order list except none category. 1=checked, 0=not checked*

**SS5. A continuación, se mencionan razones por las que alguien podría dejar de recibir tratamiento. ¿Corresponde alguna de estas opciones a su situación?** (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- a. El programa tomó demasiada parte de mi tiempo
- b. No pude encontrar ni pagar a alguien que cuidara a mis niños
- c. Mi seguro médico venció
- d. No pude encontrar la manera de pagarlo
- e. No tenía transporte confiable
- f. Me enfermé y no pude ir a las citas
- g. No pensé que el tratamiento daba resultado
- h. Ya no necesitaba el tratamiento
- i. No me gustaba la gente
- j. Tuve una recaída

- k. Fui a la cárcel
- l. Me mudé bastante lejos
- m. Ninguna de estas razones corresponde

---

## Características del tratamiento ÍNDICE

**BASE: Ask if R is still enrolled in INDEX treatment (SS2 = Yes) plus the first quex where R says they are no longer enrolled in INDEX treatment (first time SS2 = No).**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. 1=checked, 0=not checked*

**SS5. Mientras estuvo inscrito(a) en el tratamiento ÍNDICE , ¿recibió usted...? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

- a. ☐ Metadona
- b. ☐ Buprenorfina oral (por ejemplo, Suboxone®, genérico)
- c. ☐ Buprenorfina implantable e inyectable (por ejemplo, Probufina®, genérico)
- d. ☐ Naltrexona oral (por ejemplo, Revia®)
- e. ☐ Naltrexona inyectable (por ejemplo, Vivitrol®)
- f. ☐ Otro medicamento (especificar) \_\_\_\_\_
- g. ☐ Ningún medicamento

**BASE: Ask if R is still enrolled in INDEX treatment (SS2 = Yes) plus the first quex where R says they are no longer enrolled in INDEX treatment (first time SS2 = No).**

*Programmer note: Randomly order list (except Other Services and No Other Services).  
Checked=1, not checked=0.*

**SS6a-n. Mientras estuvo inscrito(a) en el tratamiento ÍNDICE, ¿qué otros tipos de servicios recibió? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

- ☐ a. Consejería individual
- ☐ b. Consejería grupal
- ☐ c. Otra terapia conductual/consejería
- ☐ d. Servicios de desintoxicación
- ☐ e. Servicios médicos (por ejemplo, exámenes físicos, medicamento)
- ☐ f. Prueba del VIH
- ☐ g. Prueba del virus de la hepatitis C (HCV)
- ☐ h. Pruebas de laboratorio/pruebas de orina
- ☐ i. Servicios de administración de casos (por ejemplo, capacitación de empleo, servicios de tipo familiar o de educación, servicios de vivienda)
- ☐ j. Servicios de apoyo de recuperación de unos a otros (por ejemplo, un mentor o “Peer Navigator”)
- ☐ k. Servicios de capacitación de recuperación distinto a un mentor o “Peer Navigator”
- ☐ l. Capacitación sobre cómo evitar la sobredosis

- ☐ m. Capacitación sobre cómo usar naloxona
- ☐ n. Otros servicios
- ☐ o. Ningún otro servicio

*Programmer Note: If “no other services” is checked or question is skipped, display:*  
**Usted no seleccionó ninguno de los servicios arriba mencionados. Haga clic aquí ☐ para regresar e ingresar el servicio o servicios o haga clic aquí ☐ para confirmar que no recibió otros servicios.**

---

### III. Mentor o “Peer Navigator”/ “Provider Services” (PN)

**Un mentor o “Peer Navigator” (también conocido como “Peer Provider” o “Peer Support Specialist” en inglés) se refiere a una persona que utiliza sus experiencias vividas personalmente con la adicción y la recuperación en un entorno de tratamiento para promover la recuperación y la resistencia de las personas con las mismas o similares condiciones.**

**BASE: Ask if R is still enrolled in INDEX treatment (SS2 = Yes) plus the first quex where R says they are no longer enrolled in INDEX treatment (first time SS2 = No).**

*Programmer Note: The following definition should appear here and be available as clickable definition wherever the term Peer Navigator occurs.*

**PN1. [SS2=YES: Desde que empezó su tratamiento ÍNDICE en (FACILITY)/ FIRST TIME SS2=NO: Mientras recibía su tratamiento ÍNDICE], ¿le ofrecieron servicios de un mentor o “peer navigator”?**

1. ☐ Sí
2. ☐ No

**BASE: If PN1=Yes**

**PN2. [SS2=YES: Desde que empezó su tratamiento ÍNDICE,/ [FIRST TIME SS2=No: En cualquier momento mientras recibía su tratamiento ÍNDICE], ¿con qué frecuencia se reunió con un mentor o “peer navigator”?**

1. ☐ Menos de una vez al mes
2. ☐ Como una vez al mes
3. ☐ Varias veces al mes
4. ☐ Como una vez a la semana
5. ☐ Varias veces a la semana
6. ☐ Nunca me reuní con un mentor o “peer navigator”

*Programmer note: If R still in INDEX treatment, use “is”. If no longer in INDEX treatment, use “was”.*

**BASE: If PN1=Yes**

**PN3. ¿Qué tan útil [SS2=YES:es/SS2=NO:fue] su mentor o “peer navigator” para su recuperación?**

1. ☐ Muy útil
2. ☐ Algo útil
3. ☐ Algo no útil
4. ☐ No fue útil en lo absoluto

**BASE: If PN2= “Nunca me reuní con un mentor o “peer navigator””**

*Programmer Note: Do NOT randomize list. Checked=1, unchecked=0*

**PN4. ¿Por qué no se reunió con un mentor o “peer navigator”? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

- a. ☐ No quise el servicio
- b. ☐ No pensé que el servicio valía la pena para mí
- c. ☐ No podía pagar el servicio
- d. ☐ Haré arreglos para reunirme con el mentor o “peer navigator” si alguna vez necesito su servicio
- e. ☐ Traté de hacer una cita, pero el mentor o “peer navigator” no tenía ninguna fecha disponible en su programa
- f. ☐ Planeo programar una cita pronto
- g. ☐ Tengo una cita programada
- h. ☐ Tenía una cita, pero el mentor o “peer navigator” no pudo asistir
- i. ☐ Tuve una razón que no está mencionada en la lista (especificar): \_\_\_\_\_

**BASE: If PN1=Yes or No**

*Programmer note: Randomize list.*

**PN5. Así haya trabajado o no con un mentor o “peer navigator” alguna vez, nos gustaría saber si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes declaraciones acerca de los mentores o “peer navigators”.**

- a. Los mentores o “peer navigators” son útiles
    1. ☐ De acuerdo
    2. ☐ Neutral o sin opinión
    3. ☐ En desacuerdo
  - b. Me incomoda compartir mi vida personal con un mentor o “peer navigator”
  - c. Las personas que conozco me dijeron que no trabajara con un mentor o “peer navigator”
  - d. Un mentor o “peer navigator” no es útil o necesario dada mi situación
  - e. Yo recomendaría a mentores o “peer navigators” a un amigo
-

## IV. Tratamiento posterior a INDEX (PX)

BASE: If SS2=No

**PX1.** Desde que dejó su tratamiento ÍNDICE, ¿comenzó otro programa de tratamiento para la adicción a los opioides?

Responda SÍ si es que:

comenzó a recibir (MAT/COUN) en un centro diferente  
todavía va a (FACILITY) pero comenzó a recibir un tipo diferente de tratamiento para la adicción a los opioides

1. ☐ Sí
2. ☐ No ► GO TO MODULE V. Tratamiento para abuso de sustancias

BASE: PX1=Yes

**PX2.** ¿Cuándo comenzó a recibir este tratamiento? (Ingrese una fecha aproximada si no está seguro(a) de la fecha exacta).

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM / DD / AA

BASE: PX1=Yes

*Programmer note: Randomly order list.*

**PX3a-p.** ¿Qué tan importantes fueron las siguientes razones para iniciar este tratamiento?

- a. Creí que necesitaba tratamiento
  1. ☐ Muy importante
  2. ☐ Algo importante
  3. ☐ No importante
- b. Mi empleador creyó que tenía que recibir tratamiento
- c. Mis amigos/familia creyeron que tenía que recibir tratamiento
- d. Fracase en dejar las drogas por mi cuenta
- e. Encontré el tipo de tratamiento que quería
- f. Había una apertura en el centro que quería
- g. Tenía el transporte que necesitaba
- h. Tenía cuidado de niños que necesitaba



- i. El lugar del tratamiento estaba lo suficientemente cerca para mí
- j. El tratamiento estaba cubierto por mi plan de atención médica
- k. Podía pagarlo
- l. Decidí que no podía afrontar mi adicción por mi cuenta
- m. Tuve una sobredosis y estaba atemorizado(a) por mi vida
- n. Llegué a mi punto más bajo
- o. No podía encontrar heroína u opioides recetados y estaba sintiendo síntomas de abstinencia
- p. Mi doctor me recomendó que obtuviera tratamiento

**BASE: PX1=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**PX4a-h. ¿Fue su participación en este tratamiento para...? (Selecciones todas las opciones que correspondan):**

- a. ☐ Cumplir con una orden judicial
- b. ☐ Evitar la condena a un cargo o cargos
- c. ☐ Cumplir con una condición de su libertad condicional
- d. ☐ Evitar ir a la cárcel o a la prisión
- e. ☐ Evitar ser acusado(a) de un delito menor
- f. ☐ Evitar ser acusado(a) de un delito grave
- g. ☐ Obtener de regreso su licencia de conducir
- h. ☐ Reducir los puntos contra su licencia
- i. ☐ Cumplir con una orden de bienestar infantil
- j. ☐ Para que sirva de ayuda a retener o ganar la custodia de los niños
- k. ☐ Ninguna de estas opciones corresponde

**BASE: PX1=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**PX5a-h. ¿Quién le recomendó que vaya a este centro para recibir tratamiento? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

- ☐ a. Lo elegí yo mismo(a)
- ☐ b. Amistades o miembros de la familia
- ☐ c. Proveedor de servicios para el abuso de alcohol y drogas
- ☐ d. Proveedor primario de atención médica
- ☐ e. Consejero en la escuela
- ☐ f. Empleador
- ☐ g. Grupo comunitario (por ejemplo, organizaciones religiosas o grupos de auto ayuda)

- ☐ h. Referencia de la corte o justicia criminal (por ejemplo, oficial de policía, juez, fiscal, oficial de libertad condicional)
- ☐ i. Ninguna de estas opciones corresponde

**BASE: PX1=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list.*

**PX6. ¿Cómo describiría mejor el lugar en el que recibió este tratamiento?**

- 1. ☐ Centro/servicios de rehabilitación de drogas
- 2. ☐ Centro o instalación de salud mental
- 3. ☐ Doctor especialista en adicciones
- 4. ☐ Consultorio médico general o médico de atención primaria
- 5. ☐ Consejería de oficina con psiquiatra, psicólogo o trabajador social
- 6. ☐ Otro tipo de lugar

**BASE: PX1=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list.*

**PX7. Este tratamiento fue:**

- 1. ☐ Como paciente hospitalizado
- 2. ☐ Residencial
- 3. ☐ Ambulatorio intensivo
- 4. ☐ Ambulatorio
- 5. ☐ Otro

**BASE: PX1=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**PX8. Mientras estuvo inscrito(a) en este tratamiento, ¿recibió...? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

- a. ☐ Metadona
- b. ☐ Buprenorfina oral (por ejemplo, Suboxone®, genérico)
- c. ☐ Buprenorfina implantable o inyectable (por ejemplo, Probufina®, genérico)
- d. ☐ Naltrexona oral (por ejemplo, Revia®)
- e. ☐ Naltrexona inyectable (por ejemplo, Vivitrol®)
- f. ☐ Otro medicamento (especificar) \_\_\_\_\_
- g. ☐ Ningún medicamento

**BASE: PX1=Yes**

*Programmer note: Randomly order list (except Other and No Other Services). Checked=1, not checked=0*

**PX9a-n. Mientras estuvo inscrito(a) en este tratamiento, ¿qué otros tipos de servicios recibió?** (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- ☐ a. Consejería individual
- ☐ b. Consejería grupal
- ☐ c. Otra terapia conductual
- ☐ d. Servicios de desintoxicación
- ☐ e. Servicios médicos (por ejemplo, exámenes físicos, medicamento)
- ☐ f. Prueba del VIH
- ☐ g. Prueba del virus de la hepatitis C (HCV)
- ☐ h. Pruebas de laboratorio/pruebas de orina
- ☐ i. Servicios de administración de casos (por ejemplo, capacitación de empleo, servicios de tipo familiar o de educación, servicios de vivienda)
- ☐ j. Servicios de apoyo de recuperación de unos a otros (por ejemplo, un mentor o “Peer Navigator”)
- ☐ k. Servicios de capacitación de recuperación distinto a un mentor o “Peer Navigator”
- ☐ l. Capacitación sobre cómo evitar la sobredosis
- ☐ m. Capacitación sobre cómo usar naloxona
- ☐ n. Otros servicios
- ☐ o. Ningún otro servicio

*Programmer Note: If “No other services” is checked or question is skipped, display: **Usted no seleccionó ninguno de los servicios arriba mencionados. Haga clic aquí ☐ para regresar e ingresar el servicio o servicios o haga clic aquí ☐ para confirmar que no recibió otros servicios.***

**BASE: PX1=Yes**

**PX10. Cuando empezó este tratamiento, ¿cuánta confianza tenía usted de que este tratamiento tendría éxito?**

- 1. ☐ No tenía confianza
- 2. ☐ Un poco de confianza
- 3. ☐ Confianza moderada
- 4. ☐ Mucha confianza

**BASE: PX1=Yes**

**PX11. ¿Todavía sigue recibiendo su tratamiento en este centro?**

1. ☐ Sí
2. ☐ No

**BASE: If PX11 = No**

**PX12. ¿Cuándo dejó de recibir tratamiento en este centro?**

MM/DD/AA

**BASE: If PX11 = No**

*Programmer note: DO NOT randomly order list.*

**PX13. ¿Por qué dejó de recibir tratamiento en este centro?**

1. ☐ Completé este programa de tratamiento
2. ☐ Me retiré de este tratamiento en forma voluntaria
3. ☐ Continué este tratamiento en un centro diferente
4. ☐ Todavía estoy recibiendo tratamiento para mi adicción a los opioides en este centro, pero he cambiado los tratamientos
5. ☐ Me retiraron de este programa en forma involuntaria (por ejemplo, por incumplimiento, por el uso continuo de sustancias, por violar las reglas del programa, por dejar de pagar, etc.)
6. ☐ Por una razón diferente o ninguna de las razones arriba mencionadas (especificar):  
\_\_\_\_\_

**BASE: If PX11 = No**

*Programmer note: Randomly order list except none category. 1=checked, 0=not checked*

**PX14. A continuación, se mencionan razones por las que alguien podría dejar de recibir tratamiento. ¿Corresponde alguna de estas opciones a su situación? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

*Programmer note: Use response categories to SS5*

**BASE: If PX11 = No**

**PX15.** ¿Ingresó al tratamiento para la adicción a los opioides en algún otro lugar después de eso?

1. ☐ Sí
2. ☐ No

*Programmer note: Repeat **PX** series until R either says they are still obtaining treatment (**PX11**=Yes) or they say that they have not entered another treatment (**PX15**=No)*

---

## V. Historial de tratamiento previo a INDEX (SA)

**BASE:** All clients not previously sent to END

**SA1.** Durante los últimos 90 días, ¿cuántos días pasó recibiendo su tratamiento ÍNDICE en (FACILITY)? (Considere todos los tipos de tratamiento recibidos directamente en (FACILITY).)

- ☐ Días (especificar) \_\_\_\_\_  
☐ Ninguno

**SA2.** De esos días, ¿cuántos días pasó en sesiones de consejería (ya sea individuales o en grupo) en (FACILITY)?

- ☐ Días (especificar) \_\_\_\_\_  
☐ Ninguno

---

## VI. Desintoxicación de opioides (DW)

Los servicios de desintoxicación / abstinencia se refieren a un proceso a corto plazo con supervisión médica por el que pasan las personas con adicción antes de embarcarse en un plan de rehabilitación de drogas a mayor largo plazo. La desintoxicación es el proceso de sacar los opioides del organismo de la persona adicta y conseguir que él o ella se sienta físicamente estable.

**BASE:** All clients not previously sent to END

**DW1. En los 90 días antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE, ¿cuántas veces pasó por desintoxicación de opioides supervisado médicamente?**

- ☐ Veces (especificar) \_\_\_\_\_  
☐ Ninguna
- 

## VII. Visitas al hospital (HS)

**BASE: All clients not previously sent to END**

**HS1. Durante los últimos 90 días, ¿cuántas noches pasó en un hospital?**

- ☐ Noches (especificar de 1 a 90) \_\_\_\_\_  
☐ Ninguna

**BASE: If HS1>0**

**HS1a. ¿Cuántas de esas noches estuvieron relacionadas con lesiones o afecciones como resultado de la adicción a los opioides?**

- ☐ Noches (especificar de 1 a 90) \_\_\_\_\_  
☐ Ninguna
- 

## VIII. Visitas a la sala de emergencias (ED)

**BASE: All clients not previously sent to END**

**ED1. Durante los últimos 90 días, ¿cuántas veces fue a la sala de emergencias?**

- ☐ Veces (especificar) \_\_\_\_\_  
☐ Ninguna

**BASE: If ED1>0**

**ED1a. ¿Cuántas de esas veces estuvieron relacionadas con lesiones o afecciones como resultado de la adicción a los opioides?**

- ☐ Veces (especificar) \_\_\_\_\_  
☐ Ninguna
- 

## **IX. Servicios de autoayuda (SH)**

**BASE: All clients not previously sent to END**

**SH1. Durante los últimos 90 días, ¿cuántas veces asistió a un grupo de autoayuda, como Alcohólicos o Narcóticos Anónimos?**

1. ☐ Nunca
  2. ☐ Menos de una vez al mes
  3. ☐ Una vez a la semana
  4. ☐ Más de una vez al mes
  5. ☐ Todos los días o casi todos los días de la semana
- 

## **X. Servicios de atención médica primaria (PC)**

**BASE: All clients not previously sent to END**

**PC1. Durante los últimos 90 días, ¿cuántas veces fue a ver a un proveedor de atención médica primaria (por ejemplo, doctor de familia, internistas, ginecólogos, asistente médico o una enfermera especializada)?**

- ☐ Veces (especificar) \_\_\_\_\_  
☐ Ninguna

BASE: If **PC1**>0

**PC1a.** ¿Cuántas de esas veces estuvieron relacionadas con lesiones o afecciones como resultado de la adicción a los opioides?

- ☐ Veces (especificar) \_\_\_\_\_  
☐ Ninguna
- 

## **XI. Uso de medicamentos y consejería (HM)**

**HM1.** ¿Recibió tratamiento con metadona para la adicción a los opioides en algún momento en los últimos 90 días? (Considere el tratamiento con metadona recibido en CUALQUIER centro).

1. ☐ Sí  
2. ☐ No

**HM2.** ¿Recibió tratamiento con buprenorfina oral (por ejemplo, Suboxone o genérico) para la adicción a los opioides en algún momento en los últimos 90 días? (Considere el tratamiento con metadona recibido en CUALQUIER centro).

1. ☐ Sí  
2. ☐ No

**HM3.** ¿Recibió tratamiento con buprenorfina implantable o inyectable (por ejemplo, Probutina o genérico) para la adicción a los opioides en algún momento en los últimos 90 días? (Considere el tratamiento con metadona recibido en CUALQUIER centro).

1. ☐ Sí  
2. ☐ No

**HM4.** ¿Recibió tratamiento con naltrexona oral (por ejemplo, Revia) para la adicción a los opioides en algún momento en los últimos 90 días? (Considere el tratamiento con metadona recibido en CUALQUIER centro).

1. ☐ Sí  
2. ☐ No

**HM5.** ¿Recibió tratamiento con naltrexona inyectable (por ejemplo, Vivitrol) para la adicción a los opioides en algún momento en los últimos 90 días? (Considere el tratamiento con metadona recibido en CUALQUIER centro).

1. ☐ Sí  
2. ☐ No



**HM6. ¿Recibió tratamiento de consejería (ya sea individual o grupal) para la adicción a los opioides en algún momento en los últimos 90 días? (Considere el tratamiento con metadona recibido en CUALQUIER centro).**

1. ☐ Sí
  2. ☐ No
- 

## **XII. Historial de abuso de sustancias (SU)**

**Las siguientes preguntas son sobre:**

**drogas de la calle que usó ilegalmente  
medicamentos recetados que usó sin propósitos médicos  
consumo de alcohol y uso de tabaco**

**Sin propósitos médicos significa**

Usó sus medicamentos recetados de una manera diferente a la indicada por un doctor  
Usó medicamentos recetados que no le fueron recetados a usted personalmente  
Usó algún medicamento recetado para drogarse o sentirse alegre  
Usó algún medicamento recetado para automedicarse por una afección médica

**BASE: All clients not previously sent to END**

*Programmer note: Do NOT randomly order any lists in this section. Checked = 1, not checked=0.*

**SU1a-o. Durante los últimos 90 días, ¿con qué frecuencia usó...?**

a) Opioides recetados *usados sin propósitos médicos* (por ejemplo, OxyContin, Percocet, Dilaudid, Opana, Vicodin, Duragesic, Ultram, Morfina, Tramadol)

1. ☐ Nunca
2. ☐ Menos de una vez a la semana
3. ☐ Una vez a la semana
4. ☐ Más de una vez a la semana
5. ☐ Casi todos los días de la semana

- b) Medicamentos recetados para el tratamiento con opioides *usados sin propósitos médicos* (por ejemplo, metadona, Suboxone)
- c) Estimulantes recetados *usados sin propósitos médicos* (por ejemplo, Ritalin, Adderall)
- d) Sedantes recetados *usados sin propósitos médicos* (por ejemplo, Xanax, Klonopin, Ativan)
- e) Heroína
- f) Fentanilo hecho ilegalmente (no los parches recetados Duragesic)
- g) Medicamentos para tratar la neuropatía *usados sin propósitos médicos* (por ejemplo, gabapentina, pregabalina)
- h) Marihuana/ Cannabis
- i) Cocaína/Crack (por ejemplo, talco, piedra, o en alguna otra forma o combinación)
- j) Metanfetamina/crank
- k) Krokodil
- l) Éxtasis, PCP u otras drogas sintéticas
- m) Inhalantes
- n) Alcohol
- o) Tabaco

**Programmer Note: For fill-in, use the following short names:**

- a) opioides recetados
- b) metadona/Suboxone
- c) estimulantes recetados
- d) sedantes recetados
- e) heroína
- f) fentanilo hecho ilegalmente
- g) gabapentina
- h) marihuana/cannabis
- i) cocaína/crack
- j) metanfetamina/crank
- k) krokodil
- l) éxtasis, PCP u otras drogas sintéticas
- m) inhalantes
- n) alcohol
- o) tabaco

**BASE: SU1 a) or b) > Never**

**SU3. Durante los últimos 90 días, ¿con qué frecuencia usó opioides recetados sin propósitos médicos?**

- ☐ Días (especificar de 1 a 90) \_\_\_\_\_  
☐ Ninguno

BASE: **SU3** > None

**SU4. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usó opioides recetados sin propósitos médicos?**

- ☐ Días (especificar de 1 a 30) \_\_\_\_\_  
☐ Ninguno

BASE: **SU1 e)** > Never

**SU5. Durante los últimos 90 días, ¿con qué frecuencia usó heroína?**

- ☐ Días (especificar de 1 a 90) \_\_\_\_\_  
☐ Ninguno

BASE: **SU5** > None

**SU6. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usó heroína?**

- ☐ Días (especificar de 1 a 30) \_\_\_\_\_  
☐ Ninguno

BASE: **SU1 f)** > Never.

**SU7. Durante los últimos 90 días, ¿con qué frecuencia usó fentanilo hecho ilegalmente?**

- ☐ Días (especificar de 1 a 90) \_\_\_\_\_  
☐ Ninguno

BASE: **SU7** > None

**SU8. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usó fentanilo hecho ilegalmente?**

- ☐ Días (especificar de 1 a 30) \_\_\_\_\_  
☐ Ninguno
-

### XIII. Sobredosis de drogas (DO)

**BASE: All clients not previously sent to END**

**DO1. Durante los últimos 90 días, ¿cuántas veces tuvo una sobredosis de drogas?**

- ☐ Veces (especificar de 1 a 90) \_\_\_\_\_  
☐ Ninguna

**Base: DO1>0**

**DO2. Durante los últimos 90 días, ¿cuántas veces tuvo sobredosis a causa de los opioides?**

- ☐ Veces (especificar de 1 a 90) \_\_\_\_\_  
☐ Ninguna

**BASE: DO2>0**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**DO3. Piense en su última sobredosis que tuvo que ver con los opioides, ¿le administraron naloxona?**

1. ☐ Sí  
2. ☐ No

**BASE: DO3=Yes**

**DO4. ¿Quién le administró la naloxona?**

1. ☐ Ayudante de emergencias (Servicios de Emergencia Médica /policía/bombero)  
2. ☐ Una persona conmigo tenía naloxona y me la dio  
3. ☐ Otra persona profesional (por ejemplo, consejero, personal de la organización comunitaria, etc.)  
4. ☐ Yo tenía naloxona y alguien me la dio  
5. ☐ Otra manera (especificar): \_\_\_\_\_

---

### XIV. Embarazo (PO)

**BASE: If female**

**PO1. ¿Está embarazada actualmente?**

1. ☐ Sí
  2. ☐ No
  3. ☐ No sé/Prefiero no decirlo
- 

## **XV. Cómo se siente físicamente (BF)**

*Analyst note: This is BRFSS Quality of Life items*

**BASE: All not previously sent to END.**

**BF1. ¿Diría usted que su estado de salud general es...?**

1. ☐ Excelente
2. ☐ Muy bueno
3. ☐ Bueno
4. ☐ Regular
5. ☐ Malo

**BASE: All not previously sent to END.**

**BF2. Respecto a su salud física –que incluye enfermedades y lesiones—en los últimos 30 días, ¿por cuántos días su salud física no fue buena? (Seleccione Ninguno si es cero días).**

- ☐ Días (especificar de 1 a 30) \_\_\_\_\_
- ☐ Ninguno

**BASE: All not previously sent to END.**

**BF3. Ahora piense en su salud mental –lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales—. En los últimos 30 días, ¿por cuántos días su salud mental no fue buena? (Seleccione Ninguno si es cero días).**

- ☐ Días (especificar de 1 a 30) \_\_\_\_\_
- ☐ Ninguno

## **XVI. Cómo siente emocionalmente (PQ)**

*Analyst note: This is Depression Module - PHQ-8 (PQ)*

**BASE: All not previously sent to END**

*Programmer note: Randomly order list.*

**PQ1a-h. Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?**

a) Poco interés o placer en hacer cosas

1. ☐ No del todo
2. ☐ Varios días
3. ☐ Más de la mitad de los días
4. ☐ Casi todos los días

b) Sintiéndose decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas

c) Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado

d) Sintiéndose cansado(a) o teniendo poca energía

e) Poco apetito o comer en exceso

f) Sintiéndose mal con usted mismo(a) — o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia

g) Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión

h) Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo. O lo contrario — muy inquieto(a) o agitado(a) que usted ha estado moviéndose mucho más de lo normal

---

## **XVII. Fecha de nacimiento**

**BASE: All clients not previously sent to END.**

**D1. Su fecha de nacimiento (DOB)**

MM/DD/AA

*Programmer note: **D1** is required to cross verify client identity. If refused, go to END/ENCOURAGE. The END/ENCOURAGE module encourages the R to please provide the information so they can complete the questionnaire.*

---

## Gracias

**¡Gracias por completar la encuesta!**

***[Message if in person with RTI interviewer]***

**Gracias por completar la encuesta. Su entrevistador(a) hará arreglos para el pago de su incentivo.**

***[Message if online with no interviewer]***

**Gracias por completar la encuesta. Haga clic en el botón de abajo para obtener el pago de su incentivo.**