

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
DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL.....	5
DATOS DEMOGRÁFICOS.....	10
A. DESEMPEÑO.....	12
B. ESTABILIDAD RESPECTO DE UNA VIVIENDA.....	13
C. EDUCACIÓN Y EMPLEO.....	14
D. SITUACIÓN PENAL Y RELACIONADA CON LA JUSTICIA PENAL.....	15
E. PERCEPCIÓN SOBRE EL CUIDADO.....	16
F. RELACIONES SOCIALES.....	18
G. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	19
G1. TRATAMIENTO AMBULATORIO ASISTIDO PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	20
G2. ASOCIACIONES JUDICIALES Y DE SALUD CONDUCTUAL PARA DESVIACIÓN TEMPRANA PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	21
G3. PROMOCIÓN DE INTEGRACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD PRIMARIA Y CONDUCTUAL PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	22
G4. INTEGRACIÓN DE SERVICIOS DE MINORITY AIDS PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	23
G5. TRANSICIONES SALUDABLES PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	25
G6. TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	26
G7. ALTO RIESGO CLÍNICO DE PSICOSIS PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	27
G8. CLÍNICAS COMUNITARIAS DE SALUD CONDUCTUAL CON CERTIFICACIÓN PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	28
G9. INICIATIVA NACIONAL DE ESTRÉS TRAUMÁTICO INFANTIL, CATEGORÍA 3 PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	29
H. SERVICIOS RECIBIDOS Y ESTADO DEL ALTA MÉDICA.....	30

[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:

<input type="radio"/> Período inicial 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	<input type="radio"/> Reevaluación (de 3 meses o 6 meses)	<input type="radio"/> Alta médica
--	---	--

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

| | | | / | | | | | | | | | |
MES AÑO

3. ¿Se llevó a cabo la entrevista?

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

4. [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

2. ¿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

3. 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	<input type="checkbox"/>
F21 – Trastorno esquizotípico	<input type="checkbox"/>
F22 – Trastorno delirante	<input type="checkbox"/>
F23 – Trastorno psicótico breve	<input type="checkbox"/>
F24 – Trastorno psicótico compartido	<input type="checkbox"/>
F25 – Trastornos esquizoafectivos	<input type="checkbox"/>
F28 – Otro trastorno psicótico no causado por una sustancia o afección psicológica conocida	<input type="checkbox"/>
F29 – Psicosis no especificada no causada por una sustancia o afección psicológica conocida	<input type="checkbox"/>
Trastornos del estado de ánimo [afectivos]	
F30 – Episodio maníaco	<input type="checkbox"/>
F31 – Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>
F32 – Trastorno depresivo mayor, episodio único	<input type="checkbox"/>
F33 – Trastorno depresivo mayor, recurrente	<input type="checkbox"/>
F34 – Trastornos del estado de ánimo [afectivos] persistentes	<input type="checkbox"/>
F39 – Trastorno del estado de ánimo [afectivo] no especificado	<input type="checkbox"/>
Ansiedad fóbica y otros trastornos de ansiedad	
F40 – Trastornos de ansiedad fóbica	<input type="checkbox"/>
F40.00 – Agorafobia, no especificada	<input type="checkbox"/>
F40.01 – Agorafobia con trastorno de pánico	<input type="checkbox"/>
F40.02 – Agorafobia sin trastorno de pánico	<input type="checkbox"/>
F40.1 – Fobias sociales (trastorno de ansiedad social)	<input type="checkbox"/>
F40.10 – Fobia social, no especificada	<input type="checkbox"/>
F40.11 – Fobia social, generalizada	<input type="checkbox"/>
F40.2 – Fobias específicas (aisladas)	<input type="checkbox"/>
F41 – Otros trastornos de ansiedad	<input type="checkbox"/>
F41.0 – Trastorno de pánico	<input type="checkbox"/>
F41.1 – Trastorno de ansiedad generalizado	<input type="checkbox"/>
Trastornos obsesivos compulsivos	
F42 – Trastorno obsesivo compulsivo	<input type="checkbox"/>
F42.2 – Trastorno obsesivo compulsivo con pensamientos y acciones obsesivos mezclados	<input type="checkbox"/>
F42.3 – Trastorno de acumulación compulsiva	<input type="checkbox"/>

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL	¿Se diagnosticó?
F42.4 – Trastorno de excoriación (excavar la piel)	<input type="checkbox"/>
F42.8 – Otro trastorno obsesivo compulsivo	<input type="checkbox"/>
F42.9 – Trastorno obsesivo compulsivo, no especificado	<input type="checkbox"/>
Reacción a estrés extremo y trastornos de adaptación	
F43 – Trastorno por estrés agudo; reacción a estrés extremo, y trastornos de adaptación	<input type="checkbox"/>
F43.10 – Trastorno por estrés postraumático, no especificado	<input type="checkbox"/>
F43.2 – Trastornos de adaptación	<input type="checkbox"/>
F44 – Trastornos disociativos y de conversión	<input type="checkbox"/>
F44.81 – Trastorno de identidad disociativo	<input type="checkbox"/>
F45 – Trastornos somatomorfos	<input type="checkbox"/>
F45.22 – Trastorno dismórfico corporal	<input type="checkbox"/>
F48 – Otros trastornos mentales no psicóticos	<input type="checkbox"/>
Síndromes conductuales asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	
F50 – Trastornos alimenticios	<input type="checkbox"/>
F51 – Trastornos del sueño no causados por una sustancia o afección psicológica conocida	<input type="checkbox"/>
Trastornos de personalidad y conducta en adultos	
F60.0 – Trastorno paranoide de la personalidad	<input type="checkbox"/>
F60.1 – Trastorno esquizoide de la personalidad	<input type="checkbox"/>
F60.2 – Trastorno de personalidad antisocial	<input type="checkbox"/>
F60.3 – Trastorno límite de la personalidad	<input type="checkbox"/>
F60.4 – Trastorno histriónico de la personalidad	<input type="checkbox"/>
F60.5 – Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad	<input type="checkbox"/>
F60.6 – Trastorno de la personalidad por evitación	<input type="checkbox"/>
F60.7 – Trastorno dependiente de la personalidad	<input type="checkbox"/>
F60.8 – Otros trastornos específicos de la personalidad	<input type="checkbox"/>
F60.9 – Trastorno de la personalidad, no especificado	<input type="checkbox"/>
F63.3 – Tricotilomanía	<input type="checkbox"/>
F70–F79 – Discapacidades intelectuales	<input type="checkbox"/>
F80–F89 – Trastornos generalizados o específicos del desarrollo	<input type="checkbox"/>
Trastornos conductuales y emocionales cuya aparición suele darse en la infancia y adolescencia	
F90 – Trastornos por déficit de atención e hiperactividad	<input type="checkbox"/>
F91 – Trastornos del comportamiento	<input type="checkbox"/>
F93 – Trastornos emocionales que aparecieron en la infancia	<input type="checkbox"/>
F93.0 – Trastorno de ansiedad por separación en la infancia	<input type="checkbox"/>
F94 – Trastornos de la función social que aparecieron en la infancia o adolescencia	<input type="checkbox"/>
F94.0 – Mutismo selectivo	<input type="checkbox"/>
F94.1 – Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia	<input type="checkbox"/>
F94.2 – Trastorno desinhibido de la vinculación en la infancia	<input type="checkbox"/>
F95 – Trastorno de tic	<input type="checkbox"/>
F98 – Otros trastornos conductuales y emocionales cuya aparición suele darse en la infancia y adolescencia	<input type="checkbox"/>
F99 – Trastorno mental no especificado	<input type="checkbox"/>
Códigos Z: personas con riesgos potenciales de salud relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales	¿Se diagnosticó?
Z55 – Problemas relacionados con educación y alfabetización	<input type="checkbox"/>
Z56 – Problemas relacionados con empleo y desempleo	<input type="checkbox"/>
Z57 – Exposición ocupacional a factores de riesgo	<input type="checkbox"/>

<u>Códigos Z; personas con riesgos potenciales de salud relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales</u>	¿Se diagnosticó?
Z59 – Problemas relacionados con circunstancias de vivienda y económicas	<input type="checkbox"/>
Z60 – Problemas relacionados con entorno social	<input type="checkbox"/>
Z62 – Problemas relacionados con crianza	<input type="checkbox"/>
Z63 – Otros problemas relacionados con grupo primario de apoyo, incluidas circunstancias familiares	<input type="checkbox"/>
Z64 – Problemas relacionados con determinadas circunstancias psicológicas	<input type="checkbox"/>
Z65 – Problemas relacionados con otras circunstancias psicológicas	<input type="checkbox"/>

<u>DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS</u>	¿Se diagnosticó?
<u>Trastornos relacionados con el consumo de alcohol</u>	
F10.10 – Trastorno de consumo de alcohol, sin complicaciones, leve	<input type="checkbox"/>
F10.11 – Trastorno de consumo de alcohol, leve, en remisión	<input type="checkbox"/>
F10.20 – Trastorno de consumo de alcohol, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="checkbox"/>
F10.21 – Trastorno de consumo de alcohol moderado/grave, en remisión	<input type="checkbox"/>
F10.9 – Consumo de alcohol, sin especificar	<input type="checkbox"/>
<u>Trastornos relacionados con el consumo de opioides</u>	
F11.10 – Trastorno de consumo de opioides, sin complicaciones, leve	<input type="checkbox"/>
F11.11 – Trastorno de consumo de opioides, leve, en remisión	<input type="checkbox"/>
F11.20 – Trastorno de consumo de opioides, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="checkbox"/>
F11.21 – Trastorno de consumo de opioides, moderado/grave, en remisión	<input type="checkbox"/>
F11.9 – Consumo de opioides, sin especificar	<input type="checkbox"/>
<u>Trastornos relacionados con el consumo de cannabis</u>	
F12.10 – Trastorno de consumo de cannabis, sin complicaciones, leve	<input type="checkbox"/>
F12.11 – Trastorno de consumo de cannabis, leve, en remisión	<input type="checkbox"/>
F12.20 – Trastorno de consumo de cannabis, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="checkbox"/>
F12.21 – Trastorno de consumo de cannabis, moderado/grave, en remisión	<input type="checkbox"/>
F12.9 – Consumo de cannabis, sin especificar	<input type="checkbox"/>
<u>Trastornos relacionados con el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos</u>	
F13.10 – Trastorno de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin complicaciones, leve	<input type="checkbox"/>
F13.11 – Trastorno de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, leve, en remisión	<input type="checkbox"/>
F13.20 – Trastorno de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="checkbox"/>
F13.21 – Trastorno de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos moderado/grave, en remisión	<input type="checkbox"/>
F13.9 – Consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin especificar	<input type="checkbox"/>
<u>Trastornos relacionados con el consumo de cocaína</u>	
F14.10 – Trastorno de consumo de cocaína, sin complicaciones, leve	<input type="checkbox"/>
F14.11 – Trastorno de consumo de cocaína, leve, en remisión	<input type="checkbox"/>
F14.20 – Trastorno de consumo de cocaína, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="checkbox"/>
F14.21 – Trastorno de consumo de cocaína, moderado/grave, en remisión	<input type="checkbox"/>
F14.9 – Consumo de cocaína, sin especificar	<input type="checkbox"/>
<u>Trastornos relacionados con el consumo de otros estimulantes</u>	
F15.10 – Trastorno de consumo de otros estimulantes, sin complicaciones, leve	<input type="checkbox"/>
F15.11 – Trastorno de consumo de otros estimulantes, leve, en remisión	<input type="checkbox"/>
F15.20 – Trastorno de consumo de otros estimulantes, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="checkbox"/>
F15.21 – Trastorno de consumo de otros estimulantes moderado/grave, en remisión	<input type="checkbox"/>
F15.9 – Consumo de otros estimulantes, sin especificar	<input type="checkbox"/>
<u>Trastornos relacionados con el consumo de alucinógenos</u>	
F16.10 – Trastorno de consumo de alucinógenos, sin complicaciones, leve	<input type="checkbox"/>

DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS	¿Se diagnosticó?
F16.11 – Trastorno de consumo de alucinógenos, leve, en remisión	<input type="checkbox"/>
F16.20 – Trastorno de consumo de alucinógenos, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="checkbox"/>
F16.21 – Trastorno de consumo de alucinógenos, moderado/grave, en remisión	<input type="checkbox"/>
F16.9 – Consumo de alucinógenos, sin especificar	<input type="checkbox"/>
Trastornos relacionados con el consumo de inhalantes	
F18.10 – Trastorno de consumo de inhalantes, sin complicaciones, leve	<input type="checkbox"/>
F18.11 – Trastorno de consumo de inhalantes, leve, en remisión	<input type="checkbox"/>
F18.20 – Trastorno de consumo de inhalantes, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="checkbox"/>
F18.21 – Trastorno de consumo de inhalantes, moderado/grave, en remisión	<input type="checkbox"/>
F18.9 – Consumo de inhalantes, sin especificar	<input type="checkbox"/>
Trastornos relacionados con el consumo de otras sustancias psicoactivas	
F19.10 – Trastorno de consumo de otras sustancias psicoactivas, sin complicaciones, leve	<input type="checkbox"/>
F19.11 – Trastorno de consumo de otras sustancias psicoactivas, leve, en remisión	<input type="checkbox"/>
F19.20 – Trastorno de consumo de otras sustancias psicoactivas, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="checkbox"/>
F19.21 – Trastorno de consumo de otras sustancias psicoactivas, moderado/grave, en remisión	<input type="checkbox"/>
F19.9 – Consumo de otras sustancias psicoactivas, sin especificar	<input type="checkbox"/>
Dependencia a la nicotina	
F17.20 – Trastorno de consumo de tabaco moderado/grave, sin especificar	<input type="checkbox"/>
F17.21 – Trastorno de consumo de tabaco moderado/grave, cigarrillos	<input type="checkbox"/>

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

2. ¿Considera usted que es...

- Heterosexual
- Homosexual (gay o lesbiana)
- Bisexual
- Queer
- Pansexual
- Cuestionándose
- Asexual
- ¿Alguna otra cosa? Especifique _____
- SE NEGÓ A CONTESTAR

3. ¿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

4. ¿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

5. [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)_____

6. [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.]

7. [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

2. 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
2a. Me las arreglo [Mi hijo(a) se las arregla] bien con los problemas diarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b. Soy [Mi hijo(a) es] capaz de enfrentar eventos inesperados en mi [su] vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2c. Me llevo [Mi hijo(a) se lleva] bien con amigos y otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2d. Me llevo [Mi hijo(a) se lleva] bien con miembros de la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2e. Me desenvuelvo [Mi hijo(a) se desenvuelve] bien en las situaciones sociales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2f. Me desenvuelvo [Mi hijo(a) se desenvuelva] bien en la escuela y/o el trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2g. Tengo [Mi hijo(a) tiene] un lugar seguro para vivir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 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
3a. Nervioso(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b. Desesperanzado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3c. Inquieto(a) o impaciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3d. Tan deprimido(a) que nada podría animarle a usted [su hijo(a)]?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3e. Que todo requería un esfuerzo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3f. Inútil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3g. Molesto(a) por problemas psicológicos o emocionales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
1a. Estado sin hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b. Pasado tiempo en un hospital para recibir atención para la salud mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c. Pasado tiempo en un centro de desintoxicación/hospital o residencia para recibir tratamiento por abuso de sustancias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1d. Pasado tiempo en una institución penitenciaria (p. ej. cárcel, prisión, instalación [para menores])?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1e. Ido a una sala de emergencias por un problema de salud mental o emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1f. Estado satisfecho(a) con las condiciones del lugar donde vive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 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
1a. Sido detenido(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b. Pasado tiempo en una cárcel o una institución penitenciaria o estado en libertad condicional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
1a. El personal aquí cree que puedo [mi hijo(a) puede] desarrollar, cambiar y recuperarme [recuperarse].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b. Sentí [Mi hijo(a) sintió] que pude [pudo] expresar las quejas libremente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c. Me dieron [Le dieron a mi hijo(a)] información sobre mis [sus] derechos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1d. El personal me alentó [le alentó a mi hijo(a)] a que asumiera la responsabilidad de cómo llevo [lleva] adelante mi [su] vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1e. El personal me dijo [le dijo a mi hijo(a)] cuáles eran los efectos secundarios a los que debía prestar atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1f. 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1g. El personal tuvo sensibilidad con mis antecedentes culturales [los antecedentes culturales de mi hijo(a)] (p. ej. raza, religión, idioma).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1h. 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1i. 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.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1j. Me sentí [Mi hijo(a) sintió] cómodo(a) haciendo preguntas sobre mi [su] tratamiento y medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1k. Fui yo [Fue mi hijo(a)] quien decidió mis [sus] objetivos de tratamiento, no el personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1l. Me gustan [A mi hijo(a) le gustan] los servicios que he [ha] recibido aquí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1m. Si tuviera yo [mi hijo(a)] otras opciones, me [le] gustaría seguir recibiendo servicios de esta agencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1n. Le [Mi hijo(a)] recomendaría esta agencia a un amigo o familiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

2. 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
1a. Estoy [Mi hijo(a) está] contento(a) con las amistades que tengo [tiene].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b. Conozco [Mi hijo(a) conoce] personas con las que puedo [puede] hacer cosas divertidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c. Siento [Mi hijo(a) siente] que pertenezco [pertenece] a mi [su] comunidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1d. En caso de crisis, tendría yo [mi hijo(a)] el apoyo que necesito [necesita] de mi [su] familia o amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1e. Tengo [Mi hijo(a) tiene] familiares o amigos que me [le] ayudan con mi [su] recuperación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1f. Por lo general, logro [mi hijo(a) logra] lo que me propongo [se propone].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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](#)
- G2. [ASOCIACIONES JUDICIALES Y DE SALUD CONDUCTUAL PARA DESVIACIÓN TEMPRANA](#)
- G3. [PROMOCIÓN DE INTEGRACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD PRIMARIA Y CONDUCTUAL](#)
- G4. [INTEGRACIÓN DE SERVICIOS DE MINORITY AIDS](#)
- G5. [TRANSICIONES SALUDABLES](#)
- G6. [TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO](#)
- G7. [ALTO RIESGO CLÍNICO DE PSICOSIS](#)
- G8. [CLÍNICAS COMUNITARIAS DE SALUD CONDUCTUAL CON CERTIFICACIÓN](#)
- G9. [INICIATIVA NACIONAL DE ESTRÉS TRAUMÁTICO INFANTIL, CATEGORÍA 3](#)

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.

2. 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 TEMPRANA
PREGUNTAS 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

2. ¿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 de sustancias?

- Sí No

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

3. ¿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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b. Pasado la noche en un hospital por un problema de salud física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

2. 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

3. 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.]

2b. [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.]

3b. [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

2. ¿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 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

2. 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

1c. *[SI LA PREGUNTA 1b ES SÍ]* Indique la fecha en la que el consumidor(a) recibió servicios/un tratamiento.

|_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|
MES AÑO

NO SABE

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 CERTIFICACIÓN PREGUNTAS 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?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1a. Servicios de salud mental en casos de crisis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 1b. Detección, evaluación, diagnóstico | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 1c. Planificación del tratamiento centrada en el paciente | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 1d. Servicios continuos de salud mental | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 1e. Evaluación/monitoreo de salud física | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 1f. Administración de casos focalizada | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 1g. Servicios de rehabilitación psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 1h. Servicios de apoyo entre pares | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 1i. Psicoeducación y apoyo familiar | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 1j. Servicios para veteranos y miembros militares | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

2. Mediciones de salud:

- | | | |
|---------------------------------|----------------------|------|
| 2a. Presión arterial sistólica | <input type="text"/> | mmHg |
| 2b. Presión arterial diastólica | <input type="text"/> | mmHg |
| 2c. Peso | <input type="text"/> | kg |
| 2d. Estatura | <input type="text"/> | 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<u>Proporcionado</u>		Se desconoce	Servicio no disponible
	Sí	No		
1a. Detección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b. Evaluación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c. Planificación o revisión del tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1d. Servicios psicofarmacológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1e. Servicios de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1f. Servicios simultáneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1g. Administración de casos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1h. Servicios específicos para el trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1i. ¿Se derivó al consumidor(a) a otro proveedor para que recibiera cualquiera de los servicios básicos mencionados anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Servicios de apoyo	<u>Proporcionado</u>		Se desconoce	Servicio no disponible
	Sí	No		
1j. Atención médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1k. Servicios de empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1l. Servicios familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1m. Cuidado de niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1n. Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1o. Servicios educativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1p. Apoyo relacionado con la vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1q. Actividades recreativas y sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1r. Servicios dirigidos por el consumidor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1s. Prueba de VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1t. ¿Se derivó al consumidor(a) a otro proveedor para que recibiera cualquiera de los servicios de apoyo mencionados anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

|_|_| / |_|_|_|_|_|
MES AÑO

3. ¿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) _____