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

Centro de Tratamiento del Abuso de Sustancias (CSAT por sus siglas en inglés)

Medidas de resultados de los clientes para programas discrecionales de la Ley de Desempeño y Resultados Gubernamentales (GPRA por sus siglas en inglés)

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 36 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información, si se le hacen todas las preguntas a un 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 15E57A, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Ninguna agencia puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, y ninguna persona está obligada a responder a tal recopilación, a menos que se muestre un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuestos (OMB) vigente válido. El número de control de este proyecto es 0930-0208.

*[Esta página se dejó en blanco intencionalmente]*

**Tabla de Contenido**

[A. GESTIÓN DE REGISTROS 4](#_Toc111208938)

[A. GESTIÓN DE REGISTROS - DATOS DEMOGRÁFICOS *[SE PREGUNTA SOLAMENTE EN LA ADMISIÓN/EL PERÍODO INICIAL]* 5](#_Toc111208939)

[b. CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SERVICIOS PLANIFICADOS 8](#_Toc111208940)

[C. CONDICIONES DE VIDA 16](#_Toc111208943)

[D. EDUCACIÓN, EMPLEO E INGRESOS 17](#_Toc111208944)

[E. SITUACIÓN PENAL 19](#_Toc111208945)

[F. PROBLEMAS DE SALUD MENTALES Y FÍSICOS, Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN 20](#_Toc111208946)

[G. RELACIONES SOCIALES 22](#_Toc111208947)

[h. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA: USTED NO ES RESPONSABLE DE RECOPILAR INFORMACIÓN SOBRE TODAS LAS PREGUNTAS DE LA SECCIÓN H. SU OFICIAL DEL PROYECTO GUBERNAMENTAL (GPO POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) LE HA PROPORCIONADO ORIENTACIÓN SOBRE LAS PREGUNTAS DE LA SECCIÓN H ESPECÍFICAS QUE DEBE COMPLETAR. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, CONTACTE A SU GPO. 23](#_Toc111208948)

[H2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 24](#_Toc111208949)

[H3. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 25](#_Toc111208950)

[H4. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 26](#_Toc111208951)

[H5. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 27](#_Toc111208952)

[H6. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 28](#_Toc111208953)

[H7. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 30](#_Toc111208954)

[H8. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA [EL CLIENTE DEBE INFORMAR LAS PREGUNTAS 1, 2 Y 3 EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO Y ALTA MÉDICA] 34](#_Toc111208955)

[H9. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 35](#_Toc111208956)

[H10. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA 36](#_Toc111208957)

[H10. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA (continuación) 37](#_Toc111208958)

[I. ESTADO DE SEGUIMIENTO 38](#_Toc111208959)

[J. ESTADO DE ALTA MÉDICA *[SEGÚN LO INFORMADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA RESPECTO DEL CLIENTE SOLAMENTE AL MOMENTO DEL ALTA MÉDICA.]* 39](#_Toc111208960)

[K. SERVICIOS RECIBIDOS BAJO FINANCIACIÓN DE LA SUBVENCIÓN *[SEGÚN LO INFORMADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA SOLAMENTE AL MOMENTO DEL ALTA MÉDICA.]* 40](#_Toc111208961)

*[Esta página se dejó en blanco intencionalmente]*

# A. GESTIÓN DE REGISTROS

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

Descripción de cliente por tipo de subvención:

 Subvención de cliente en tratamiento

 Subvención de cliente en recuperación

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

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

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

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

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

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

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

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

# A. GESTIÓN DE REGISTROS - DATOS DEMOGRÁFICOS *[SE PREGUNTA SOLAMENTE EN LA ADMISIÓN/EL PERÍODO INICIAL]*

1. ¿Cuál es su mes y año de nacimiento?

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

 SE NEGÓ A CONTESTAR

1. ¿Qué considera usted que es?

 Hombre

 Mujer

 Transgénero (hombre a mujer)

 Transgénero (mujer a hombre)

 Género no conforme

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

 SE NEGÓ A CONTESTAR

1. ¿Es usted de origen hispano, latino, o español?

 Sí

 No ***[VAYA A LA PREGUNTA 4]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR  ***[VAYA A LA PREGUNTA 4]***

3a. ¿De qué grupo étnico considera usted que es? Puede indicar más de uno.

 Centroamericano

 Cubano

 Dominicano

 Mexicano

 Portorriqueño

 Sudamericano

 Otro (ESPECIFIQE)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 SE NEGÓ A CONTESTAR

1. ¿Cuál es su raza? Puede indicar más de una.

 Negra o afroamericana

 Blanca

 Nativa americana

 Nativa de Alaska

 Indo asiática

 China

 Filipina

 Japonesa

 Coreana

 Vietnamita

 Otra asiática

 Nativa de Hawái

 Guameña o chamorra

 Samoana

 De otras islas del Pacífico

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

 SE NEGÓ A CONTESTAR

1. ¿Habla usted algún otro idioma que no sea español en casa?
* Sí
* No *[VAYA A LA PREGUNTA 6]*
* SE NEGÓ A CONTESTAR *[VAYA A LA PREGUNTA 6]*

 5a. ¿Cuál es este idioma?

* Inglés
* Otro (ESPECIFIQUE)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. ¿Considera usted que es… [PUEDE INDICAR MÁS DE UNA OPCIÓN.]

 Heterosexual

 Homosexual (gay o lesbiana)

 Bisexual

 Queer, pansexual, y/o cuestionándose

 Asexual

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

 SE NEGÓ A CONTESTAR

1. ¿Cuál es su situación romántica?

 Casado(a)

 Soltero(a)

 Divorciado(a)

 Separado(a)

 Viudo(a)

 En una relación

 En múltiples relaciones

 SE NEGÓ A CONTESTAR

1. ¿Está embarazada actualmente?

 Sí

 No

 No sabe

 SE NEGÓ A CONTESTAR

1. ¿Tiene hijos? [Se refiere a hijos vivos y/o aquellos que pueden haber muerto]

 S**í**

 No  ***[VAYA A LA PREGUNTA 10]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR  ***[VAYA A LA PREGUNTA 10]***

9a. ¿Cuántos hijos menores de 18 años tiene?

|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  SE NEGÓ A CONTESTAR

9b. ¿Alguno de sus hijos, que son menores de 18 años, vive con otra persona debido a una intervención judicial? *[EL VALOR DE A9b NO PUEDE SUPERAR EL VALOR DE A9a.]*

 Sí Número de niños retirados del cuidado del cliente |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

 No  ***[VAYA A LA PREGUNTA 10]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 10]***

9c. ¿Se volvió a encontrar con alguno de sus hijos,menores de 18 años, que fueron retirados de su cuidado anteriormente? *[EL VALOR DE A9c NO PUEDE SUPERAR EL VALOR DE A9a.]*

 Sí Número de niños con los que el cliente se ha reencontrado |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

 No

 SE NEGÓ A CONTESTAR

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

 No

 Sí, en las Fuerzas Armadas

 Sí, en las Reservas

 Sí, en la Guardia Nacional

 Sí, otro Servicio uniformado *[Incluye NOAA, USPHS]*

 SE NEGÓ A CONTESTAR

11. ¿Cuánto tiempo le lleva, en promedio, viajar al lugar donde recibe servicios proporcionados por esta subvención?

 Media hora o menos

 Entre media hora y una hora

 Entre una hora y una hora y media

 Entre una hora y media y dos horas

 Dos horas o más

 SE NEGÓ A CONTESTAR

# b. CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SERVICIOS PLANIFICADOS

**1. USANDO EL CUADRO A CONTINUACIÓN, INDIQUE LO SIGUIENTE:**

1. **LA CANTIDAD DE DÍAS, DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, QUE EL CLIENTE REPORTA EL USO DE UNA SUSTANCIA.**

 ***[NO LEA AL CLIENTE]*** Se debería animar al cliente a reportar las sustancias por su cuenta. Si no está seguro(a), se puede leer la lista del cuadro a continuación al cliente. Tenga en cuenta que no se considera todo uso de sustancias dañino o ilegal; puede ser una sustancia recetada por un proveedor con licencia, o que el cliente usa la sustancia de acuerdo con directrices oficiales de seguridad nacionales. En tales casos, se debería pedir aclaraciones del cliente, pero si se toma la sustancia solamente según lo recetado o se toma en cada ocasión de acuerdo con directrices oficiales de seguridad nacionales, entonces no se lo considera abuso. Si no se reporta ningún uso de una sustancia listada, ingrese un cero (‘0’) en la columna correspondiente ‘Cantidad de días usada’. Si el cliente se niega a contestar la pregunta, seleccione “SE NEGÓ A CONTESTAR”.

1. **LA VÍA POR LA CUAL SE USA LA SUSTANCIA.**

 ***[NO LEA AL CLIENTE]*** Marque solamente una vía por cada sustancia consumida. Pero, si el cliente identifica más de una vía, elija la vía correspondiente con el valor numérico más alto asociado (números 1 a 6). Las respuestas deberían capturar el uso en los últimos 30 días.

**Durante los últimos 30 días, ¿por cuántos días ha usado alguna sustancia, y cómo consume la sustancia?**

 SE NEGÓ A CONTESTAR

|  |  **A. Cantidad de días usada** | **B. Vía** |
| --- | --- | --- |
| **1.**Oral | **2.**Intranasal | **3.**Vapear |
| **4.**Fumar | **5.** Inyección no intravenosa (IV por sus siglas en inglés) | **6.**Inyección intravenosa (IV) |
|  **0.**Otra |
| **a. Alcohol** |  |  |
| 1. Alcohol | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 2. Otro (ESPECIFIQUE) | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
|  |  |  |
| **b. Opiáceos** |  |  |
| 1. Heroína | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 2. Morfina | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 3. Fentanilo (Desvío de recetas o fuente ilegal) | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 4. Dilaudid | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 5. Demerol | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 6. Percocet | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 7. Codeína | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 8. Tylenol 2, 3, 4 | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 9. OxyContin/Oxicodona | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
|  10. Metadona no recetada | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
|  11. Buprenorfina no recetada | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
|  12. Otro (ESPECIFIQUE) | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
|  |  |  |
| **c. Cannabis**  |  |  |
| 1. Cannabis (Marihuana) | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 2. Cannabinoides sintéticos | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 3. Otro (ESPECIFIQUE) | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
|  |  |  |
| **d. Sedantes, hipnóticos, o tranquilizantes** |  |  |
| 1. Sedantes | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 2. Hipnóticos | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 3. Barbitúricos | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 4. Tranquilizantes/Benzodiacepinas | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 5. Otro (ESPECIFIQUE) | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
|  |  |  |
| **e. Cocaína** |  |  |
| 1. Cocaína | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 2. Crack | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 3. Otro (ESPECIFIQUE) | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
|  |  |  |
| **f. Otros estimulantes** |  |  |
| 1. Metanfetamina | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 2. Medicamentos estimulantes | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 3. Otro (ESPECIFIQUE) | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
|  |  |  |
| **g. Alucinógenos y psicodélicos** |  |  |
| 1. PCP | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 2. MDMA | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 3. LSD | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 4. Hongos | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 5. Mezcalina | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 6. Salvia | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 7. DMT | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 8. Otro (ESPECIFIQUE) | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
|  |  |  |
| **h. Inhalantes** |  |  |
| 1. Inhalantes | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 2. Otro (ESPECIFIQUE) | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
|  |  |  |
| **i. Otras sustancias psicoactivas** |  |  |
| 1. GHB no recetado | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 2. Ketamina | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 3. MDPV/Sales de baño | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 4. Kratom | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 5. Khat | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 6. Otros tranquilizantes | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 7. Otros calmantes | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 8. Otros sedantes | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
| 9. Otros hipnóticos | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
|  10. Otro (ESPECIFIQUE) | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
|  |  |  |
| **j. Tabaco y nicotina** |  |  |
|  1. Tabaco | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
|  2. Nicotina (incluidos productos vapeadores) | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
|  3. Otro (ESPECIFIQUE) | |\_\_\_|\_\_\_| | |\_\_\_| |
|  |  |  |

1. **Ha sido diagnosticado(a) con un trastorno de consumo de alcohol, de ser así ¿qué medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) recibió usted para tratar este trastorno de consumo de alcohol en los últimos 30 días? *[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Naltrexona  |  | ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Naltrexona de liberación prolongada |  | ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique cuántas dosis recibió  | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Disulfiram  |  | ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Acamprosato  |  | ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  NO RECIBIÓ UN MEDICAMENTO APROBADO POR LA FDA PARA TRATAR UN TRASTORNO DIAGNOSTICADO DE CONSUMO DE ALCOHOL  |
|  CLIENTE NO INFORMA TAL DIAGNÓSTICO |

1. **Ha sido diagnosticado(a) con un trastorno de consumo de opioides, de ser así ¿qué medicamento aprobado por la FDA recibió usted para tratar este trastorno de consumo de opioides en los últimos 30 días? *[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Metadona  |  | ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Buprenorfina  |  | ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Naltrexona  |  | ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Naltrexona de liberación prolongada  |  | ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique cuántas dosis recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  NO RECIBIÓ UN MEDICAMENTO APROBADO POR LA FDA PARA TRATAR UN TRASTORNO DIAGNOSTICADO DE CONSUMO DE OPIOIDES |
|  CLIENTE NO INFORMA TAL DIAGNÓSTICO |

1. **Ha sido diagnosticado(a) con un trastorno de consumo de estimulantes, de ser así ¿qué intervenciones basadas en evidencia recibió usted para tratar este trastorno en los últimos 30 días? *[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Manejo de contingencias  |  | ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Refuerzo comunitario  |  | ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Terapia cognitiva conductual  |  | ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Otra intervención basada en evidencia |  | ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  NO RECIBIÓ NINGUNA INTERVENCIÓN PARA TRATAR UN TRASTORNO DIAGNOSTICADO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES |
|  CLIENTE NO INFORMA TAL DIAGNÓSTICO |

1. **Ha sido diagnosticado(a) con un trastorno de consumo de tabaco, de ser así ¿qué medicamento aprobado por la FDA recibió usted para tratar este trastorno de consumo de tabaco en los últimos 30 días? *[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Reemplazo de la nicotina  |  |  ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Bupropion  |  |  ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió  | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Vareniclina |  |  ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió  | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  NO RECIBIÓ UN MEDICAMENTO APROBADO POR LA FDA PARA TRATAR UN TRASTORNO DIAGNOSTICADO DE CONSUMO DE TABACO |
|  CLIENTE NO INFORMA TAL DIAGNÓSTICO |

1. **En los últimos 30 días, ¿experimentó una sobredosis o tomó demasiado de una sustancia que resultó en necesitar supervisión o atención médica?**

 Sí  ***[EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE A CONTINUACIÓN, EN LA PREGUNTA 7]***

 No ***[SI LA RESPUESTA ES NO, VAYA A LA PREGUNTA 8]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 8]***

1. **En los últimos 30 días, después de tomar demasiado de una sustancia o tener una sobredosis, ¿qué intervención recibió?**

 Naloxona (Narcan)

 Atención en un departamento de emergencias

 Atención de un proveedor de atención primaria

 Admisión a un hospital

 Supervisión por otra persona

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

 SE NEGÓ A CONTESTAR

1. **Excluyendo este episodio actual, ¿cuántas veces en su vida ha recibido tratamiento en una instalación para pacientes internados o ambulatorios por un trastorno de consumo de sustancias?**

 Una vez

 Dos veces

 Tres veces

 Cuatro veces

 Cinco veces

 Seis o más veces

 Nunca ***[VAYA A LA PREGUNTA 10]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 10]***

1. **Aproximadamente, ¿cuándo fue la última vez que recibió tratamiento para pacientes internados o ambulatorios por un trastorno de consumo de sustancias?**

 Hace menos de 6 meses

 Hace entre 6 meses y un año

 Hace uno a dos años

 Hace dos a tres años

 Hace tres a cuatro años

 Hace cinco o más años

 SE NEGÓ A CONTESTAR

1. **¿Alguna vez le ha diagnosticado un profesional de atención médica con una enfermedad de salud mental?**

 Sí

 No ***[VAYA A LA PREGUNTA 11]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 11]***

**10a. PIDA AL CLIENTE QUE REPORTE SUS ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL POR SÍ MISMO(A) SEGÚN LISTADAS EN EL CUADRO A CONTINUACIÓN. SE DEBERÍA ANIMAR AL CLIENTE A REPORTAR SUS PROPIAS ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL PERO SI LO PREFIERE, SE PUEDE LEER LA LISTA AL CLIENTE. INDIQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN.**

|  | REPORTADO POR CLIENTE |
| --- | --- |
| **Esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno delirante y otros trastornos psicóticos no del estado de ánimo** |  |
| Trastorno psicótico breve |  |
| Trastorno delirante |  |
| Trastornos esquizoafectivos |  |
| Esquizofrenia |  |
| Trastorno esquizotípico |  |
| Trastorno psicótico compartido |  |
| Psicosis no especificada |  |
| **Trastornos del estado de ánimo [afectivos]** |
| Trastorno bipolar |  |
| Trastorno depresivo mayor, recurrente |  |
| Trastorno depresivo mayor, episodio único |  |
| Episodio maníaco |  |
| Trastornos del estado de ánimo [afectivos] persistentes |  |
| Trastorno del estado de ánimo [afectivo] no especificado |  |
| **Ansiedad fóbica y otros trastornos de ansiedad** |
| Agorafobia sin trastorno de pánico |  |
| Agorafobia con trastorno de pánico |  |
| Agorafobia, no especificada |  |
| Trastorno de ansiedad generalizado |  |
| Trastorno de pánico |  |
| Trastornos de ansiedad fóbica |  |
| Fobias sociales (trastorno de ansiedad social) |  |
| Fobias específicas (aisladas) |  |
|  **Trastornos obsesivos compulsivos** |
| Trastorno deexcoriación (excavar la piel) |  |
| Trastorno de acumulación compulsiva |  |
| Trastorno obsesivo compulsivo |  |
| Trastorno obsesivo compulsivo con pensamientos y acciones obsesivos mezclados |  |
| **Reacciones a estrés extremo y trastornos de adaptación** |
| Trastorno por estrés agudo; reacción a estrés extremo, y trastornos de adaptación |  |
| Trastornos de adaptación |  |
| Trastorno dismórfico corporal |  |
| Trastornos disociativos y de conversión |  |
| Trastorno de identidad disociativo |  |
| Trastorno de estrés postraumático |  |
| Trastornos somatomorfos |  |
| **Síndromes conductuales asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos** |
| Trastornos alimenticios |  |
| Trastornos del sueño no causados por una sustancia o afección psicológica conocida |  |
| **Trastornos de personalidad y conducta en adultos** |
| Trastorno de personalidad antisocial |  |
| Trastorno de la personalidad por evitación |  |
| Trastorno límite de la personalidad |  |
| Trastorno dependiente de la personalidad |  |
| Trastorno histriónico de la personalidad |  |
| Discapacidades intelectuales |  |
| Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad |  |
| Otros trastornos específicos de la personalidad |  |
| Trastorno paranoide de la personalidad |  |
| Trastorno de la personalidad, no especificado |  |
| Trastornos generalizados o específicos del desarrollo |  |
| Trastorno esquizoide de la personalidad |  |

 NINGUNA DE LAS ANTERIORES

**[ENTREVISTAS DE SEGUIMIENTO Y ALTA MÉDICA: VAYA A LA SECCIÓN C. EN LA ADMISIÓN, CONTINÚE CON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS]**

11. ¿Fue el cliente evaluado(a) por su programa, usando una herramienta basada en evidencia o un grupo de preguntas, para trastornos de salud mental y/o consumo de sustancias co-ocurrentes?

 Sí

 No  ***[VAYA A LA PREGUNTA 12]***

11a. ¿Dio positiva la prueba de trastornos de salud mental y consumo de sustancias co-ocurrentes?

 Sí

 No

**11b. *[EN CASO AFIRMATIVO EN LA PREGUNTA 11a]*** **¿Se derivó al cliente para una evaluación adicional de trastornos de salud mental y consumo de sustancias co-ocurrentes?**

 Sí

 No

# 12. SERVICIOS PLANIFICADOS PROPORCIONADOS BAJO FINANCIACIÓN DE LA SUBVENCIÓN [SEGÚN LO INFORMADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA SOLAMENTE AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/PERÍODO INICIAL.]

**Identifique los servicios que planea proporcionarle al cliente durante el transcurso del tratamiento/la recuperación del cliente. *[ENCIERRE EN UN CÍRCULO SOLAMENTE EL SERVICIO PLANIFICADO QUE SERÁ PROPORCIONADO BAJO LA SUBVENCIÓN ACTUAL. MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN EN CADA SECCIÓN.]***

Modalidad

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

1. Administración de casos

2. Tratamiento ambulatorio intensivo

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

4. Tratamiento ambulatorio

5. Extensión comunitaria

6. Medicamentos

 A. Metadona

 B. Buprenorfina

 C. Naltrexona de actuación corta

 D. Naltrexona de liberación prolongada

 E. Disulfiram

 F. Acamprosato

 G. Reemplazo de la nicotina

 H. Bupropion

 I. Vareniclina

7. Tratamiento residencial/rehabilitación

8. Desintoxicación (seleccione solo una opción)

A. Internación hospitalaria

B. Tratamiento residencial autónomo

C. Desintoxicación ambulatoria

9. Cuidado postratamiento

10. Apoyo durante la recuperación

11. Otro (Especifique)

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

**Servicios de tratamiento**

***[SUBVENCIONES DE SBIRT: Debe PROPORCIONAR al menos unO DE LOS servicioS de tratamiento de las opciones 1 a 4.]***

1. Detección

2. Intervención breve

3. Tratamiento breve

4. Derivación para recibir tratamiento

5. Evaluación

6. Planificación de tratamiento

7. Planificación de recuperación

8. Terapia individual

9. Terapia grupal

10. Manejo de contingencias

11. Refuerzo comunitario

12. Terapia cognitiva conductual

13. Terapia familiar/matrimonial

14. Servicios de tratamiento para trastornos co-ocurrentes

15. Intervenciones farmacológicas

16. Terapia de VIH/SIDA

17. Intervenciones/actividades culturales

18. Otros servicios clínicos (Especifique)

 Servicios de administración de casos

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

2. Cuidado infantil

3. Servicios de empleo

A. Servicios anteriores al empleo

B. Preparación para el empleo

4. Coordinación de servicios individuales

5. Transporte

6. Servicios relacionados con el VIH/SIDA

 A. Si VIH negativo(a), profilaxis previa a la exposición

 B. Si VIH negativo(a), profilaxis posterior a la exposición

 C. Si VIH positivo(a), tratamiento por VIH

7. Servicios de vivienda temporaria en lugares libres de drogas

8. Servicios de vivienda

9. Inscripción en seguro médico

10. Otros servicios de administración de casos (Especifique)

Servicios médicos

1. Atención médica

2. Pruebas de alcoholismo/drogadicción

3. Servicios obstétricos/ginecológicos

4. Pruebas y apoyo médico para el VIH/SIDA

5. Atención dental

6. Pruebas y apoyo médico para la hepatitis viral

7. Pruebas y apoyo médico para otras infecciones de transmisión sexual (ITS)

8. Otros servicios médicos (Especifique)

Servicios de cuidado postratamiento

1. Atención continua

2. Prevención de recaídas

3. Preparación para la recuperación

4. Grupos de autoayuda y de apoyo mutuo

5. Apoyo espiritual

6. Otros servicios de cuidado postratamiento
 (Especifique)

Servicios educativos

1. Educación sobre el abuso de sustancias

2. Educación sobre el VIH/SIDA

3. Capacitación en naloxona

4. Capacitación en tiras reactivas de fentanilo

5. Educación sobre la hepatitis viral

6. Otros servicios educativos sobre las ITS

7. Otros servicios educativos
 (Especifique)

Servicios de apoyo durante la recuperación

1. Orientación o tutoría entre pares

2. Servicios vocacionales

3. Vivienda de recuperación

4. Planificación de recuperación

5. Servicios de administración de casos específicos para apoyar la recuperación

6. Actividades sociales sin alcohol ni drogas

7. Información y derivaciones

8. Otros servicios de apoyo durante la recuperación \_ (Especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Otros servicios de apoyo entre pares durante la recuperación (Especifique)

# C. CONDICIONES DE VIDA

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

 En un refugio (lugar seguro, centro transitorio [TLC por sus siglas en inglés], alojamiento de baja demanda, centros de recepción, otros alojamientos transitorios para el día o la noche)

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

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

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

 Apartamento, habitación, casa rodante o casa propios o alquilados

 Apartamento, habitación, casa rodante o casa de otra persona (incluido “couch surfing” o mudándose de casa en casa)

 Dormitorio/residencia universitaria

 Hogar de transición

 Tratamiento residencial

 Viviendas de recuperación/estilo de vida sobrio

 Otro tipo de vivienda (ESPECIFIQUE)

 Se negó a contestar

1. ¿Vive actualmente con alguien que ha consumido alcohol u otras sustancias regularmente durante los últimos 30 días?

 Sí

 No

 No, vive solo(a)

 Se negó a contestar

# D. EDUCACIÓN, EMPLEO E INGRESOS

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

 No está inscrito(a)

 Está inscrito(a) a tiempo completo

 Está inscrito(a) a tiempo parcial

 Se negó a contestar

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

 Inferior a 12° grado

 12° grado/título de secundaria/equivalente

 Título vocacional/técnico (voc/tech)

 Algo de carrera universitaria o estudios superiores

 Título de grado (por ejemplo: Bachelor of Arts [BA], Bachelor of Science [BS])

 Trabajo de posgrado/título de posgrado

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

 Se negó a contestar

1. ¿Actualmente está empleado(a)? *[ACLARE CENTRÁNDOSE EN EL ESTADO RESPECTO DE LA MAYOR PARTE DE LA ÚLTIMA SEMANA Y DETERMINE SI EL CLIENTE TRABAJÓ O TUVO UN TRABAJO REGULAR, PERO FALTÓ AL TRABAJO.] [SI EL CLIENTE ESTÁ ENCARCELADO(A) Y NO TIENE EMPLEO FUERA DE LA CÁRCEL, SELECCIONE LA OPCIÓN “NO BUSCANDO TRABAJO” EN EL PUNTO D3.]*

 Empleado(a) a tiempo completo (35+ horas por semana, o estaría, si no fuese por licencia o ausencia justificada)

 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

4. ¿Tiene usted, individualmente, dinero suficiente para pagar los siguientes costos de vida? Elija todas las opciones que correspondan.

 Alimentos

 Ropa

 Transporte

 Alquiler/Vivienda

 Servicios públicos (gas/agua/electricidad)

 Servicio telefónico (celular o línea fija)

 Cuidado infantil

 Seguro médico

 Se negó a contestar

**5. ¿Cuál es su ingreso anual personal, es decir el ingreso total antes de impuestos de todas las fuentes, ganado durante el último año?**

 $0 a $9,999

 $10,000 a $14,999

 $15,000 a $19,999

 $20,000 a $34,999

 $35,000 a $49,999

 $50,000 a $74,999

 $75,000 a $99,999

 $100,000 a $199,999

 $200,000 o más

 Se negó a contestar

# E. SITUACIÓN PENAL

1. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces le arrestaron? *[SI EL CLIENTE NO INDICA NINGÚN ARRESTO DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, PERO ESTÁ ENCARCELADO(A) EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA, MARQUE ACTUALMENTE ENCARCELADO(A)]*

|\_\_\_\_|\_\_\_\_| veces   Se negó a contestar   Actualmente encarcelado(a)

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

 Sí

 No

 Se negó a contestar

1. Actualmente, ¿está en libertad condicional o bajo palabra o supervisión intensiva previa al juicio?

Probatoria

Libertad condicional

Supervisión intensiva previa al juicio

No

Se negó a contestar

1. ¿Actualmente participa en un programa de tribunal de drogas o tiene un acuerdo de enjuiciamiento diferido?

Programa de tribunal de drogas

Acuerdo de enjuiciamiento diferido

No, ninguno de estos

Se negó a contestar

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

**1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida durante los últimos 30 días?**

 Muy mala

 Mala

 Ni mala ni buena

 Buena

 Muy buena

 Se negó a contestar

2. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días *[INGRESE ‘0’ EN DÍAS SI EL CLIENTE INFORMA QUE NO HA TENIDO LA CONDICIÓN. SELECCIONE SE NEGÓ A CONTESTAR PARA OPCIONES SIN RESPUESTA]*:

 Días SE NEGÓ A

 CONTESTAR

2a. Tuvo depresión grave |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

2b. Tuvo ansiedad o tensión graves |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

2c. Tuvo alucinaciones |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

2d. Tuvo problemas para comprender, concentrarse o recordar cosas |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

2e. Tuvo problemas para controlar conductas violentas |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

2f. Intentó suicidarse |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

2g. Fue recetado(a) un medicamento para un problema psicológico/emocional |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

 ***[SI EL CLIENTE CONTESTA 1 o más DÍAS, EN CUALQUIER PREGUNTA DE #2, asegúrese de que visite un profesional con licencia lo antes posible.]***

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

 Nada

 Un poco

 Moderadamente

 Considerablemente

 Extremadamente

 Ninguna queja de salud mental reportada en los últimos 30 días

 Se negó a contestar

**4. En los últimos 30 días, ¿adónde ha ido para recibir atención médica? Puede seleccionar más de una respuesta.**

 Proveedor de atención primara

 Centro de atención urgente

 El departamento de emergencias

 Un especialista médico

 No buscó atención

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

**5. ¿Actualmente tiene seguro médico/de salud?**

 Sí

 No  ***[VAYA A SIGUIENTE SECCIÓN]***

 Se negó a contestar ***[VAYA A SIGUIENTE SECCIÓN]***

 **5a. ¿Qué tipo de seguro tiene [MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN]?**

 Medicare

 Medicaid

 Seguro de salud privado o proporcionado por empleador

 TRICARE u otra atención médica militar

 Un programa de asistencia [por ejemplo, un programa de asistencia para medicamentos]

 Cualquier otro tipo de seguro médico o plan de cobertura médica (ESPECIFIQUE)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Se negó a contestar

# G. RELACIONES SOCIALES

1. En los últimos 30 días, ¿asistió voluntariamente a algún grupo de apoyo mutuo para recuperarse? En otras palabras, ¿participó en alguna organización no profesional y organizada por pares dedicada a ayudar a las personas con problemas relacionados con adicciones, como: Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Organizaciones Seculares por la Sobriedad (Secular Organization for Sobriety) o Mujeres por la Sobriedad (Women for Sobriety), grupos de apoyo mutuo basados en la religión o fe, etc.? La asistencia puede haber sido en persona o virtual.

 Sí ***[SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA]***

 Especifique Cuántas veces |\_\_\_\_|\_\_\_\_|  Se negó a contestar

 No

 Se negó a contestar

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

 Sí

 No

 Se negó a contestar

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

 Muy insatisfecho(a)

 Insatisfecho(a)

 Ni insatisfecho(a) ni satisfecho(a)

 Satisfecho(a)

 Muy satisfecho(a)

 Se negó a contestar

1. En los últimos 30 días, ¿se dio cuenta de que necesita cambiar las conexiones sociales o los lugares que afectan negativamente su recuperación?

 Sí

 No

 Se negó a contestar

# h. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA: USTED NO ES RESPONSABLE DE RECOPILAR INFORMACIÓN SOBRE TODAS LAS PREGUNTAS DE LA SECCIÓN H. SU OFICIAL DEL PROYECTO GUBERNAMENTAL (GPO POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) LE HA PROPORCIONADO ORIENTACIÓN SOBRE LAS PREGUNTAS DE LA SECCIÓN H ESPECÍFICAS QUE DEBE COMPLETAR. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, CONTACTE A SU GPO.

**H1. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA**

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

1. ¿Cuál de los siguientes ocurrieron para el cliente, tras recibir tratamiento? *[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]*

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

 **1a.** Con supervisión de una agencia

 **1b.** Sin supervisión de una agencia

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

 Ninguno de los anteriores

# H2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

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

 Seguro de salud privado

 Medicaid

 Medicare

 Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por sus siglas en inglés)/Seguro Social por Discapacidad (SSDI por sus siglas en inglés)

 Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF por sus siglas en inglés)

 Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP por sus siglas en inglés)

 Otro (ESPECIFIQUE)

 Ninguno de los anteriores

 SE NEGÓ A CONTESTAR

# H3. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

**1. ¿Logró algo de lo siguiente desde que comenzó a recibir los servicios o la ayuda de *[INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]*? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA,¿Cree que los servicios que recibió de *[INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]* le ayudaron a alcanzar ese logro?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | ¿Se logró? | ***[EN CASO AFIRMATIVO]*** **¿Cree que los servicios que recibió de *[INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]* le ayudaron a alcanzar ese logro?** |
| 1a. Está inscrito(a) en una escuela |  Sí No SE NEGÓ A CONTESTAR |  Sí No SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 1b. Está inscrito(a) en una capacitación vocacional |  Sí No SE NEGÓ A CONTESTAR |  Sí No SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 1c. Está empleado(a) actualmente |  Sí No SE NEGÓ A CONTESTAR |  Sí No SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 1d. Tiene vivienda estable |  Sí No SE NEGÓ A CONTESTAR |  Sí No SE NEGÓ A CONTESTAR |

# H4. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

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

**1a. Al recibir tratamiento en un entorno no residencial, he podido mantener mis responsabilidades familiares y de crianza mientras recibo tratamiento.**

 Muy en desacuerdo

 En desacuerdo

 Indeciso(a)

 De acuerdo

 Muy de acuerdo

 SE NEGÓ A CONTESTAR

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

 Muy en desacuerdo

 En desacuerdo

 Indeciso(a)

 De acuerdo

 Muy de acuerdo

 SE NEGÓ A CONTESTAR

# H5. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

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

**1a. Al recibir tratamiento en un entorno residencial sin mi hijo (o hijos), he podido centrarme en mi tratamiento sin distracciones relacionadas con las responsabilidades familiares o de crianza.**

 Muy en desacuerdo

 En desacuerdo

 Indeciso(a)

 De acuerdo

 Muy de acuerdo

 SE NEGÓ A CONTESTAR

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

 Muy en desacuerdo

 En desacuerdo

 Indeciso(a)

 De acuerdo

 Muy de acuerdo

 SE NEGÓ A CONTESTAR

# H6. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

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

 Financiación de la subvención de SAMHSA actual

 Otra financiación de subvención federal

 Financiación estatal

 Seguro privado del cliente

 Medicaid/Medicare

 TRICARE

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

 ***[SI SE TRATA DE LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO O DE ALTA MÉDICA, VAYA A LA PREGUNTA 6.]***

**[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LAS PREGUNTAS 2 A 5 SOLAMENTE EN LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/PERÍODO INICIAL.]**

1. **Cuándo se realizó la prueba de detección de SBIRT, ¿cuál fue el resultado del cliente?**

 Negativo

 Positivo

1. **¿Cuál fue su puntaje de detección?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3a. Prueba de identificación de trastornos de consumo de alcohol (AUDIT por sus siglas en inglés)  | = | |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |
| 3b. CAGE  | = | |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |
| 3c. Prueba de detección de abuso de drogas (DAST por sus siglas en inglés) | = | |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |
| 3d. DAST-10  | = | |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |
| 3e. Guía del Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo (NIAAA)  | = | |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |
| 3f. Prueba de detección de alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias (ASSIST)/Subpuntaje de alcoholismo  | = | |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |
| 3g. Otro (ESPECIFIQUE)  | = | |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. ¿Estuvo dispuesto(a) a continuar participando en los servicios de SBIRT?**

 Sí

 No

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** |
| 5a. Intervención breve |  |  |
| 5b. Tratamiento breve |  |  |
| 5c. Derivación para recibir tratamiento  |  |  |

**[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LA PREGUNTA 6 EN LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/PERÍODO INICIAL, SEGUIMIENTO Y ALTA MÉDICA.]**

1. **¿Recibió el cliente los siguientes tipos de servicios?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** |
| 6a. Intervención breve |  |  |
| 6b. Tratamiento breve |  |  |
| 6c. Derivación para recibir tratamiento |  |  |

# H7. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

**[EL CLIENTE DEBE INFORMAR TODAS LAS PREGUNTAS DE H7 EN LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/PERÍODO INICIAL, SEGUIMIENTO Y ALTA MÉDICA.]**

**1. En los últimos 30 días, ¿ha estado sexualmente activo(a)?**

 Sí

 No ***[VAYA A LA PREGUNTA 2]***

 No se permite preguntar ***[VAYA A LA PREGUNTA 2]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 2]***

**En total, en los últimos 30 días: Respuesta Se NEGÓ A CONTESTAR**

1a. ¿Cuántas parejas sexuales tuvo? Cantidad: |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

1b. ¿Tuvo sexo sin protección/sin condón?

 Sí

 No →  ***[VAYA A LA PREGUNTA 2]***

1c. ¿Alguna de sus parejas:

1. Estaba viviendo con VIH y no estaba tomando medicamentos para VIH? Sí No

2. Era una persona que se inyecta drogas? Sí No

3. Estaba drogada con una o más sustancias? Sí No

2. ¿Actualmente está tomando Profilaxis previa a la exposición (PrEP por sus siglas en inglés) para prevención del VIH, o está tomando medicamentos para el tratamiento de VIH?

 PrEP

 Tratamiento de VIH

 Ninguno

 SE NEGÓ A CONTESTAR

1. **¿Brindó el programa lo siguiente?**

 **3a1. ¿Una prueba de VIH?**

 Sí

 No  ***[VAYA A LA PREGUNTA 3b1]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR  ***[VAYA A LA PREGUNTA 3b1]***

**3a2.¿Fue la primera vez que se había hecho una prueba de VIH?**

 Sí

 No ***[VAYA A LA PREGUNTA 3a5]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[*** ***[VAYA A LA PREGUNTA 3a5]***

**3a3.¿Se realizó la prueba de VIH en el mismo lugar o se le derivó a otro lugar para la prueba?**

 En el mismo lugar  ***[VAYA A LA PREGUNTA 3a5]***

 Se le derivó a otro lugar

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 3a5]***

**3a4. ¿En dónde se realizó la prueba?**

 Consultorio de proveedor de atención primaria

 Clínica especializada

 Centro médico de la Administración de Veteranos (VA por sus siglas en inglés)

 Centro de salud o clínica comunitaria

 Departamento de salud local

 Programa de tratamiento especializado en adicciones

 Centro de salud sexual

 Un servicio ambulatorio de pruebas

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

**3a5. ¿Cuál fue el resultado?**

 Positivo

 Negativo ***[VAYA A LA PREGUNTA 3a12]***

 Indeterminado

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 3b1]***

**3a6. ¿Recibió una prueba confirmatoria?**

 Sí

 No  ***[VAYA A LA PREGUNTA 3a8]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 3a8]***

**3a7.¿Cuál fue el resultado?**

 Positivo

 Negativo

 Indeterminado

 SE NEGÓ A CONTESTAR

**3a8. ¿Le pusieron en contacto con servicios para el tratamiento del VIH dentro de los 30 días del resultado positivo de la prueba?**

* Sí
* No ***[VAYA A LA PREGUNTA 3a10]***
* SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 3a10]***

**3a9.¿Adónde se le derivó para tratamiento continuo?**

 Consultorio de proveedor de atención primaria

 Clínica especializada

 Centro médico de la VA

 Centro de salud o clínica comunitaria

 Departamento de salud local

 Programa de tratamiento especializado en adicciones

 Centro de salud sexual

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

**3a10. ¿Se le ofreció una prueba rápida de VIH a sus parejas sexuales y/o que consumen sustancias?**

* Sí
* No ***[VAYA A LA PREGUNTA 3b1]***
* SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 3b1]***

**3a11.¿Cuál fue la cantidad de parejas sexuales y/o que consumen sustancias a las que se le ofreció una prueba de VIH?**

 1 ***[VAYA A LA PREGUNTA 3b1]***

 2 ***[VAYA A LA PREGUNTA 3b1]***

 3 ***[VAYA A LA PREGUNTA 3b1]***

 4 o más ***[VAYA A LA PREGUNTA 3b1]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA PREGUNTA 3b1]***

**3a12.**  **¿Recibió una derivación para Profilaxis previa a la exposición (PrEP por sus siglas en inglés) o Profilaxis posterior a la exposición (PEP por sus siglas en inglés), y/o recibió una derivación para terapia sobre estas intervenciones? *[SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]***

 PrEP

 PEP

 Recibió terapia

 No recibió medicamentos

 No recibió terapia

 SE NEGÓ A CONTESTAR

**3b1. ¿Recibió una prueba rápida de la hepatitis C (HBC por sus siglas en inglés)?**

 Sí

 No  ***[VAYA A LA PREGUNTA 3c1]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR  ***[VAYA A LA PREGUNTA 3c1]***

**3b2. ¿Se siguió esta prueba con una prueba confirmatoria de hepatitis C (HCV RNA)?**

 Sí

 No

**3b3*.*** **¿Cuál fue el resultado de su prueba de HCV?**

 Positivo

 Negativo  ***[VAYA A LA PREGUNTA 3c1]***

 Indeterminado

 SE NEGÓ A CONTESTAR  ***[VAYA A LA PREGUNTA 3c1]***

**3b4.¿Le pusieron en contacto con servicios para el tratamiento de la hepatitis C?**

* Sí
* No
* SE NEGÓ A CONTESTAR

 **3c1. ¿Recibió una prueba de hepatitis B (HBV por sus siglas en inglés)?**

 Sí

 No  ***[VAYA A LA PREGUNTA 3d1]***

 SE NEGÓ A CONTESTAR  ***[VAYA A LA PREGUNTA 3d1]***

**3c2. ¿Cuál fue el resultado de su prueba de HBV?**

 Positivo

 Negativo  ***[VAYA A LA PREGUNTA 3d1]***

 Indeterminado

 SE NEGÓ A CONTESTAR  ***[VAYA A LA PREGUNTA 3d1]***

 **3c3*.* ¿Le pusieron en contacto con servicios para el tratamiento de la hepatitis B?**

* Sí
* No
* SE NEGÓ A CONTESTAR

**3d1. ¿Se le ofreció al cliente una Vacuna contra la hepatitis A y B?**

 Sí ***[VAYA A LA SECCIÓN I O J/K]***

 No

 SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA SECCIÓN I O J/K]***

**3d2*.*  ¿Se le dio al cliente una derivación de vacuna a otro lugar?**

 Sí

 No

 SE NEGÓ A CONTESTAR

# H8. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA [EL CLIENTE DEBE RESPONDER LAS PREGUNTAS 1, 2 Y 3 EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO Y ALTA MÉDICA]

1. **¿Hay apoyo entre pares disponible en este programa?**

 Sí

 No  ***[VAYA A LA PREGUNTA 3]***

1. **¿Logró algo de lo siguiente desde que comenzó a recibir servicios de pares de *[INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]*? [SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA],¿Cree que los servicios que recibió de *[INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]* le ayudaron a alcanzar ese logro?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **¿Se logró?** | ***[EN CASO AFIRMATIVO]*** **¿Cree que los servicios que recibió de *[INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]* le ayudaron a alcanzar ese logro?** |
| 2a. Está inscrito(a) en una escuela |  Sí No SE NEGÓ A CONTESTAR |  Sí No SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 2b. Está inscrito(a) en una capacitación vocacional |  Sí No SE NEGÓ A CONTESTAR |  Sí No SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 2c. Está empleado(a) actualmente |  Sí No SE NEGÓ A CONTESTAR |  Sí No SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 2d. Tiene vivienda estable |  Sí No SE NEGÓ A CONTESTAR |  Sí No SE NEGÓ A CONTESTAR |

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

 En gran medida

 Un poco

 Muy poco

 Nada

 SE NEGÓ A CONTESTAR

# H9. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

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

**1a. El uso de tecnología a la cual se accedió a través de *[INSERTE EL NOMBRE DEL*** ***BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]* me ha ayudado a comunicarme con mi proveedor.**

 Muy en desacuerdo

 En desacuerdo

 Indeciso(a)

 De acuerdo

 Muy de acuerdo

 NO CORRESPONDE

 SE NEGÓ A CONTESTAR

**1b. El uso de tecnología a la cual se accedió a través de *[INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]* me ha ayudado a reducir el consumo de sustancias.**

 Muy en desacuerdo

 En desacuerdo

 Indeciso(a)

 De acuerdo

 Muy de acuerdo

 NO CORRESPONDE

 SE NEGÓ A CONTESTAR

**1c. El uso de tecnología a la cual se accedió a través de *[INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]* me ha ayudado a tratar mis síntomas de salud mental.**

 Muy en desacuerdo

 En desacuerdo

 Indeciso(a)

 De acuerdo

 Muy de acuerdo

 NO CORRESPONDE

 SE NEGÓ A CONTESTAR

**1d. El uso de tecnología a la cual se accedió a través de *[INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]* me ha servido de apoyo en mi recuperación.**

 Muy en desacuerdo

 En desacuerdo

 Indeciso(a)

 De acuerdo

 Muy de acuerdo

 NO CORRESPONDE

 SE NEGÓ A CONTESTAR

# H10. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

**[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LA PREGUNTA 1b EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO/ALTA MÉDICA SI SE HA DERIVADO AL CLIENTE PARA QUE RECIBIERA SERVICIOS]**

1. **¿Fue la prueba de detección de trastornos de la salud mental del cliente positiva, o tiene el cliente antecedentes del mismo?**

 Prueba de detección del cliente dio positiva

 Prueba de detección del cliente dio negativa ***[VAYA A LA PREGUNTA 2]***

 No se le realizó la prueba al cliente ***[VAYA A LA PREGUNTA 2]***

 Cliente tiene antecedentes del mismo

**1aª.¿Se derivó al cliente para que recibiera servicios relacionados con la salud mental?**

 Sí ***[VAYA A LA PREGUNTA 2 SI ES ENTREVISTA* *DE ADMISIÓN/PERÍODO INICIAL; CONTESTE 1b SI ES ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO/ALTA MÉDICA]***

 No  ***[VAYA A LA PREGUNTA 2]***

**1b. ¿Recibió el cliente servicios de salud mental?**

 Sí

 No

**[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LAS PREGUNTAS 2 Y 2a EN LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/PERÍODO INICIAL, SEGUIMIENTO Y ALTA MÉDICA.]**

**[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LA PREGUNTA 2b EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO/ALTA MÉDICA SI SE HA DERIVADO AL CLIENTE PARA QUE RECIBIERA SERVICIOS.]**

1. **¿Fue la prueba de detección de trastornos de consumo de sustancias del cliente positiva, o tiene el cliente antecedentes del mismo?**

 Prueba de detección del cliente dio positiva

 Prueba de detección del cliente dio negativa ***[VAYA A LA PREGUNTA 3 SI ES ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO/ALTA MÉDICA]***

 No se le realizó la prueba al cliente ***[VAYA A LA PREGUNTA 3 SI ES ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO/ALTA MÉDICA]***

 Cliente tiene antecedentes del mismo

**2a.¿Se derivó al cliente para que recibiera servicios para el trastorno de consumo de sustancias?**

 Sí ***[CONTESTE 2b SI ES ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO/ALTA MÉDICA]***

 No ***[VAYA A LA PREGUNTA 3 SI ES ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO/ALTA MÉDICA]***

***[SI ES ENTREVISTA DE ADMISIÓN/PERÍODO INICIAL, SE HA COMPLETADO LA SECCIÓN H10]***

**2b. ¿Recibió el cliente servicios para el trastorno de consumo de sustancias?**

 Sí

 No

# H10. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA (continuación)

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

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

 Muy en desacuerdo

 En desacuerdo

 Indeciso(a)

 De acuerdo

 Muy de acuerdo

 SE NEGÓ A CONTESTAR

# I. ESTADO DE SEGUIMIENTO

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

1. ¿Se pudo contactar al cliente para seguimiento?

 Sí

 No

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

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

 11 = Completó la entrevista dentro del período especificado

 12 = Completó la entrevista fuera del período especificado

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

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

 23 = Se le ubicó, pero no se pudo acceder de otra manera

 24 = Se le ubicó, pero fue retirado(a) del proyecto

 31 = No se le pudo ubicar, se mudó

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

3. ¿Está el cliente recibiendo servicios de su programa todavía?

 Sí

 No

**Complete las Secciones B, C, D, E, F, G y las secciones de la Sección H asignadas a su programa.**

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

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

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

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

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

 01 = Completo/graduado(a) ***[VAYA A LA PREGUNTA 3]***

 02 = Cancelación

2a. Si se canceló la participación del cliente, ¿cuál fue el motivo de cancelación? *[Seleccione una respuesta*.*]*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 12 = Fallecimiento

 13 = Otro (ESPECIFIQUE)

1. ¿Ordenó el programa una prueba de VIH para este cliente?

 Sí  ***[VAYA A LA PREGUNTA 5]***

 No

1. ¿Derivó el programa al cliente para que se realizara una prueba de VIH con otro proveedor?

 Sí

 No

1. ¿Proporcionó el programa naloxona y/o tiras reactivas de fentanilo a este cliente en algún momento de su participación en servicios financiados por la subvención?

 Naloxona

 Tiras reactivas de fentanilo

 Ambas naloxona y tiras reactivas de fentanilo

 Ninguno

1. ¿Está el cliente completamente vacunado(a) contra el virus que causa COVID-19?

 Sí

 No, parcialmente vacunado(a) con planes de recibir la siguiente vacuna a tiempo

 No, parcialmente vacunado(a) sin planes de recibir la siguiente vacuna

 No, cliente se negó a vacunarse

 Se negó a contestar

# K. SERVICIOS RECIBIDOS BAJO FINANCIACIÓN DE LA SUBVENCIÓN *[SEGÚN LO INFORMADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA SOLAMENTE AL MOMENTO DEL ALTA MÉDICA.]*

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

**Modalidad Días**

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

2. Tratamiento ambulatorio intensivo |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

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

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

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

6. Medicamentos

 A. Metadona |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

 B. Buprenorfina |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

 C. Naltrexona de actuación corta |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

 D. Naltrexona de liberación prolongada (reporte 28 días para cada inyección) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

 E. Disulfiram |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

 F. Acamprosato |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

 G. Reemplazo de la nicotina |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

 H. Bupropion |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

 I. Vareniclina |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

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

8. Desintoxicación (seleccione solo una opción):

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

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

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

9. Cuidado postratamiento |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

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

11. Otro (Especifique) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

**Identifique la cantidad de SESIONES proporcionadas al cliente durante el transcurso del tratamiento/la recuperación del cliente. *[INGRESE CERO SI NO SE PROPORCIONARON SERVICIOS. DEBE TENER AL MENOS UNA SESIÓN POR CATEGORÍA DE SERVICIO.]***

Servicios de tratamiento Sesiones

***[SUBVENCIONES DE SBIRT: DEBE TENER AL MENOS UNA SESIÓN PARA UNO DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE LAS OPCIONES 1 A 4.]***

1. Detección |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

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

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

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

5. Evaluación |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

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

7. Planificación de recuperación |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

8. Terapia individual |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

9. Terapia grupal |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

10. Manejo de contingencias |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

11. Refuerzo comunitario |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

12. Terapia cognitiva conductual |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

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

14. Servicios de tratamiento para trastornos co-ocurrentes |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

15. Intervenciones farmacológicas |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

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

17. Intervenciones/actividades culturales |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

18. Otros servicios clínicos

(Especifique) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

 Servicios de administración de casos Sesiones

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

2. Cuidado infantil |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

3. Servicios de empleo

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

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

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

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

6. Servicios y terapia relacionados con el VIH/SIDA |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

7. Servicios de vivienda temporaria en lugares libres de drogas |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

8. Servicios de vivienda |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

9. Inscripción en seguro médico |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

10. Otros servicios de administración de casos (Especifique) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Servicios médicos Sesiones

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

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

3. Servicios obstétricos/ginecológicos |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

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

5. Pruebas y apoyo médico para la hepatitis |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

6. Pruebas y apoyo médico para otras infecciones de transmisión sexual (ITS) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

7. Atención dental |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

8. Otros servicios médicos

(Especifique) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Servicios de cuidado postratamiento Sesiones

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

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

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

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

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

6. Otros servicios de cuidado postratamiento

(Especifique) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Servicios educativos Sesiones

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

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

3. Educación sobre la hepatitis |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

4. Otros servicios educativos sobre las ITS |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

5. Capacitación en naloxona |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

6. Capacitación en tiras reactivas de fentanilo |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

7. Otros servicios educativos

(Especifique) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Servicios de apoyo durante la recuperación Sesiones

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

2. Servicios vocacionales |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

3. Vivienda de recuperación |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

4. Planificación de recuperación |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

5. Servicios de administración de casos específicos para apoyar la recuperación |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

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

7. Información y derivaciones |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

8. Servicios de apoyo durante la recuperación (Especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

9. Servicios de apoyo durante la recuperación entre pares (Especifique) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

1. ¿Ha asistido este cliente a 60% o más de sus servicios planificados?

 Sí

 No

1. ¿Recibió este cliente algún servicio a través de telesalud o un plataforma virtual?

 Sí

 No

1. ¿Ha sido diagnosticado(a) este cliente con un trastorno de consumo de opioides anteriormente?

 Sí

 No  ***[VAYA A LA PREGUNTA 5]***

**4a. En los últimos 30 días, ¿qué medicamento aprobado por la FDA recibió el cliente para tratar este trastorno de consumo de opioides?*****[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Metadona  |  |  ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Buprenorfina  |  |  ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Naltrexona  |  |  ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Naltrexona de liberación prolongada  |  |  ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique cuántas dosis recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  El cliente no recibió un medicamento aprobado por la FDA para tratar un trastorno de consumo de opioides ***[VAYA A LA PREGUNTA 5]*** |

4b. ¿Ha tomado este cliente el medicamento según lo recetado?

 Sí

 No

1. ¿Ha sido este cliente diagnosticado(a) con un trastorno de consumo de alcohol anteriormente?

 Sí

 No ***[VAYA A LA PREGUNTA 6]***

**5a. En los últimos 30 días, ¿qué medicamento aprobado por la FDA recibió el cliente para tratar este trastorno de consumo de alcohol?*****[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Naltrexona  |  |  ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Naltrexona de liberación prolongada  |  |  ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique cuántas dosis recibió  | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Disulfiram  |  |  ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Acamprosato  |  |  ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  El cliente no recibió un medicamento aprobado por la FDA para tratar un trastorno de consumo de alcohol ***[VAYA A LA PREGUNTA 6]*** |

5b.¿Ha tomado este cliente el medicamento según lo recetado?

 Sí

 No

1. ¿Ha sido este cliente diagnosticado(a) con un trastorno de consumo de sustancias anteriormente?

 Sí

 No  ***[VAYA A LA PREGUNTA 7]***

**6a.En los últimos 30 días, ¿qué intervenciones recibió el cliente para tratar este trastorno de consumo de estimulantes? *[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Manejo de contingencias  |  |  ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Refuerzo comunitario  |  |  ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Terapia cognitiva conductual  |  | ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Otro enfoque de tratamiento  |  | ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  El cliente no recibió un medicamento aprobado por la FDA para tratar un trastorno de consumo de estimulantes ***[VAYA A LA PREGUNTA 7]*** |

6b. ¿Ha asistido y participado este cliente en intervenciones para trastorno de consumo de estimulantes?

 Sí

 No

1. ¿Ha sido este cliente diagnosticado(a) con un trastorno de consumo tabaco anteriormente?

 Sí

 No ***[SE HA COMPLETADO LA ENTREVISTA DE ALTA MÉDICA.]***

**7a. En los últimos 30 días, ¿qué medicamento aprobado por la FDA recibió el cliente para tratar este trastorno de consumo de tabaco?*****[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Reemplazo de la nicotina  |  |  ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Bupropion  |  |  ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  Vareniclina |  |  ***[SI LO RECIBIÓ]*** Especifique durante cuántos días lo recibió | |\_\_\_|\_\_\_| |
|  El cliente no recibió un medicamento aprobado por la FDA para tratar un trastorno de consumo de tabaco ***[SE HA COMPLETADO LA ENTREVISTA DE ALTA MÉDICA.]*** |

7b. ¿Ha tomado este cliente el medicamento según lo recetado?

 Sí

 No

***[SE HA COMPLETADO LA ENTREVISTA DE ALTA MÉDICA.]***