

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

Centro de Servicios de Salud Mental (CMHS)

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

HERRAMIENTA DE SERVICIOS

Para programas para adultos

Sistema de Informes y Rendición de Cuentas sobre el Desempeño (SPARS) de SAMHSA
Marzo de 2019

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

[Esta página se dejó en blanco intencionalmente]

Índice

<u>GESTIÓN DE REGISTROS</u>	<u>1</u>
<u>DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL</u>	<u>2</u>
<u>A. DATOS DEMOGRÁFICOS.....</u>	<u>6</u>
<u>B. DESEMPEÑO</u>	<u>7</u>
<u>B. FAMILIAS DE MILITARES Y DESPLIEGUE POR MOTIVOS MILITARES</u>	<u>11</u>
<u>B. VIOLENCIA Y TRAUMA.....</u>	<u>12</u>
<u>C. ESTABILIDAD RESPECTO DE UNA VIVIENDA</u>	<u>13</u>
<u>D. EDUCACIÓN Y EMPLEO</u>	<u>14</u>
<u>E. SITUACIÓN PENAL Y RELACIONADA CON LA JUSTICIA PENAL.....</u>	<u>16</u>
<u>F. PERCEPCIÓN SOBRE EL CUIDADO</u>	<u>16</u>
<u>G. RELACIONES SOCIALES.....</u>	<u>18</u>
<u>H. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....</u>	<u>19</u>
<u>H1. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....</u>	<u>20</u>
<u>H2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....</u>	<u>21</u>
<u>H3. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....</u>	<u>22</u>
<u>H4. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....</u>	<u>23</u>
<u>H5. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....</u>	<u>25</u>
<u>H6. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....</u>	<u>26</u>
<u>H7. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....</u>	<u>27</u>
<u>H8. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....</u>	<u>28</u>
<u>I. ESTADO DE REEVALUACIÓN</u>	<u>29</u>
<u>J. ESTADO DEL ALTA MÉDICA.....</u>	<u>29</u>
<u>K. SERVICIOS RECIBIDOS.....</u>	<u>30</u>

[Esta página se dejó en blanco intencionalmente]

GESTIÓN DE REGISTROS

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

ID del consumidor | | | | | | | | | | | | | | | |

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

ID del centro | | | | | | | | | | | | | | | |

1. Indique el tipo de evaluación:

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

2. ¿Se llevó a cabo la entrevista?

<p><input type="radio"/> Sí</p> <p>¿Cuándo?</p> <p> / / MES DÍA AÑO</p>	<p><input type="radio"/> No</p> <p>¿Por qué no? Seleccione una respuesta únicamente.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No se pudo obtener el consentimiento del representante.<input type="radio"/> El consumidor no pudo o era incapaz de prestar consentimiento.<input type="radio"/> El consumidor se rehusó a participar de esta entrevista solamente.<input type="radio"/> No se pudo localizar al consumidor para la entrevista.<input type="radio"/> El consumidor rechazó todas las entrevistas.
--	--

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL

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

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

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

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL (CONTINUACIÓN)

Diagnósticos relacionados con la salud conductual	¿Se diagnosticó?	Para cada diagnóstico seleccionado, indique si es el diagnóstico primario, secundario o terciario, en caso de conocerse		
	Seleccione hasta 3	Primario	Secundario	Terciario
F13.20 – Trastorno de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F13.21 – Trastorno de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F13.9 – Consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin especificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Trastornos relacionados con el consumo de cocaína</u>				
F14.10 – Trastorno de consumo de cocaína, sin complicaciones, leve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F14.11 – Trastorno de consumo de cocaína, leve, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F14.20 – Trastorno de consumo de cocaína, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F14.21 – Trastorno de consumo de cocaína, moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F14.9 – Consumo de cocaína, sin especificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Trastornos relacionados con el consumo de otros estimulantes</u>				
F15.10 – Trastorno de consumo de otros estimulantes, sin complicaciones, leve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F15.11 – Trastorno de consumo de otros estimulantes, leve, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F15.20 – Trastorno de consumo de otros estimulantes, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F15.21 – Trastorno de consumo de otros estimulantes moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F15.9 – Consumo de otros estimulantes, sin especificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Trastornos relacionados con el consumo de alucinógenos</u>				
F16.10 – Trastorno de consumo de alucinógenos, sin complicaciones, leve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F16.11 – Trastorno de consumo de alucinógenos, leve, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F16.20 – Trastorno de consumo de alucinógenos, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F16.21 – Trastorno de consumo de alucinógenos, moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F16.9 – Consumo de alucinógenos, sin especificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Trastornos relacionados con el consumo de inhalantes</u>				
F18.10 – Trastorno de consumo de inhalantes, sin complicaciones, leve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F18.11 – Trastorno de consumo de inhalantes, leve, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F18.20 – Trastorno de consumo de inhalantes, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F18.21 – Trastorno de consumo de inhalantes, moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F18.9 – Consumo de inhalantes, sin especificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL (CONTINUACIÓN)

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

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL (CONTINUACIÓN)

Diagnósticos relacionados con la salud conductual	¿Se diagnosticó?	Para cada diagnóstico seleccionado, indique si es el diagnóstico primario, secundario o terciario, en caso de conocerse		
	Seleccione hasta 3	Primario	Secundario	Terciario
F60.0, F60.1, F60.4–F69 – Otros trastornos de la personalidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F70–F79 – Discapacidades intelectuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F80–F89 – Trastornos generalizados o específicos del desarrollo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F90 – Trastornos por déficit de atención e hiperactividad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F91 – Trastornos del comportamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F93 – Trastornos emocionales que aparecieron en la infancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F94 – Trastornos de la función social que aparecieron en la infancia o adolescencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F95 – Trastorno de tic	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F98 – Otros trastornos conductuales y emocionales cuya aparición suele darse en la infancia y adolescencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F99 – Trastorno mental no especificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- No sabe
- Ninguno de los anteriores

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

[PARA TODAS LAS REEVALUACIONES:

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

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

[PARA EL ALTA MÉDICA:

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

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

A. DATOS DEMOGRÁFICOS

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

1. ¿Cuál es su género?

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

2. ¿Es usted hispano o latino?

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

[EN CASO AFIRMATIVO] ¿A qué grupo étnico considera que pertenece? Conteste “sí” o “no” a cada una de las preguntas siguientes. Puede contestar “sí” a más de una.

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

(ESPECIFIQUE) _____

3. ¿Cuál considera que es su raza? Conteste “sí” o “no” a cada una de las siguientes opciones. Puede contestar “sí” a más de una.

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

4. ¿Cuál es el mes y el año de su nacimiento?

/
 MES AÑO

- SE NEGÓ A CONTESTAR

A. DATOS DEMOGRÁFICOS (CONTINUACIÓN)

5. ¿Con cuál de las siguientes opciones se identifica usted?

- Heterosexual
- [SI ES MUJER, ENTONCES “Lesbiana”] o gay
- Bisexual
- OTRO (ESPECIFIQUE) _____
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

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

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

B. DESEMPEÑO

1. ¿Cómo calificaría su salud general ahora mismo?

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

2. Seleccione la respuesta que describa mejor su situación. *Me siento capaz de administrar mis necesidades de atención médica:*

- La mayoría de las veces lo hago solo
- Algunas veces lo hago solo y otras veces, con el apoyo de otras personas
- Con el apoyo de otras personas la mayoría de las veces
- Pocas veces o nunca
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

B. DESEMPEÑO (CONTINUACIÓN)

3. A fin de proporcionarle los mejores servicios posibles de salud mental y otros servicios relacionados, necesitamos saber lo que piensa sobre qué tan bien pudo enfrentarse a su vida diaria durante los últimos 30 días. Indique si está de acuerdo/en desacuerdo con cada una de las siguientes declaraciones.

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

DECLARACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTAS						
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO CORRESPONDE
a. Me las arreglo bien con mis problemas diarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b. Puedo controlar mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
c. Soy capaz de enfrentarme a la crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
d. Me llevo bien con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Me desenvuelvo bien en las situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
f. Me desenvuelvo bien en la escuela y/o el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Mi situación de vivienda es satisfactoria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
h. Mis síntomas no me molestan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

4. Las siguientes preguntas son sobre cómo se ha sentido durante los últimos 30 días. Para cada pregunta, indique con qué frecuencia se ha sentido de esa manera.

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

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

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTAS						
	Para nada	Un poco	Moderadamente	Considerablemente	Extremadamente	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
Durante los últimos 30 días...							
g. ¿cuánto le han molestado estos problemas psicológicos o emocionales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. DESEMPEÑO (CONTINUACIÓN)

5. Las siguientes preguntas son sobre cómo se ha sentido durante las últimas 4 semanas.

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

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTAS						
Durante las últimas 4 semanas...	Muy mala	Mala	Ni buena ni mala	Buena	Muy buena	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
a. ¿cómo calificaría su calidad de vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTAS						
Durante las últimas 4 semanas...	Para nada	Un poco	Moderadamente	Casi siempre	Completamente	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
b. ¿ha tenido suficiente energía para la vida cotidiana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTAS						
Durante las últimas 4 semanas...	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
c. ¿cuán satisfecho se ha sentido con respecto a su capacidad para llevar a cabo sus actividades diarias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿cuán satisfecho se ha sentido con su salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿cuán satisfecho ha estado con usted mismo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. ¿cuán satisfecho ha estado con sus relaciones personales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. DESEMPEÑO (CONTINUACIÓN)

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

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

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

B. FAMILIAS DE MILITARES Y DESPLIEGUE POR MOTIVOS MILITARES (CONTINUACIÓN)

7b. ¿Alguna vez lo han enviado a una zona de combate?

- SÍ
- NO *[VAYA A LA PREGUNTA 8.]*
- SE NEGÓ A CONTESTAR *[VAYA A LA PREGUNTA 8.]*
- NO SABE *[VAYA A LA PREGUNTA 8.]*

[EN CASO AFIRMATIVO] ¿A cuál de las siguientes zonas de combate lo han enviado? Proporcione una respuesta para cada una de las siguientes opciones. Puede contestar “sí” a más de una.

Zonas de combate	SÍ	NO	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
Irak o Afganistán (por ej., Operación Libertad Duradera/Operación Libertad para Irak/Operación Nuevo Amanecer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Golfo pérsico (Operación Escudo del Desierto o Tormenta del Desierto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vietnam/Sudeste Asiático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Corea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segunda Guerra Mundial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enviado a una zona de combate no incluida anteriormente (por ej., Somalia, Bosnia, República de Kosovo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Actualmente alguien de su familia o alguna persona cercana a usted está prestando servicios de manera activa o está jubilado/separado de las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional?

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

B. VIOLENCIA Y TRAUMA

9. ¿Alguna vez ha sufrido violencia o traumas en alguna situación (esto incluye violencia comunitaria o escolar; violencia doméstica; maltrato/acoso físico, psicológico o sexual dentro o fuera de la familia; desastres naturales; actos terroristas; abandono; o pérdida traumática)?

- SÍ
- NO *[VAYA A LA PREGUNTA 11.]*
- SE NEGÓ A CONTESTAR *[VAYA A LA PREGUNTA 11.]*
- NO SABE *[VAYA A LA PREGUNTA 11.]*

B. VIOLENCIA Y TRAUMA (CONTINUACIÓN)

10. ¿Alguna de esas experiencias fue tan aterradora, horrible o perturbadora que sintió y/o siente lo siguiente?

En el pasado y/o en el presente...	SÍ	NO	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
a. ¿Ha tenido o tiene pesadillas sobre eso o ha pensado o piensa en ellas sin querer hacerlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Se ha esforzado o se esfuerza por no pensar en eso o evitar situaciones que le recuerdan eso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Ha estado o está constantemente en alerta o atento o se ha sobresaltado con facilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿Se ha sentido o se siente insensible y distante de las demás personas, actividades o su entorno?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia lo han golpeado, pateado, abofeteado o lastimado de otra manera físicamente?

- Nunca
- Una vez
- Algunas veces
- Más de un par de veces
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

C. ESTABILIDAD RESPECTO DE UNA VIVIENDA

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

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

e. veces ha ido a una sala de emergencias por un problema psiquiátrico o emocional?	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	------	-----------------------	-----------------------

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

C. ESTABILIDAD RESPECTO DE UNA VIVIENDA (CONTINUACIÓN)

2. En los últimos 30 días, ¿dónde ha estado viviendo la mayor parte del tiempo?

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

- CASA, APARTAMENTO, REMOLQUE, HABITACIÓN PROPIOS O ALQUILADOS
- CASA, APARTAMENTO, REMOLQUE O HABITACIÓN DE OTRA PERSONA
- SIN HOGAR (REFUGIO, CALLE/AIRE LIBRE, PARQUE)
- HOGAR GRUPAL
- HOGAR DE ACOGIDA PARA ADULTOS
- HOGAR TRANSITORIO
- HOSPITAL (RAZONES MÉDICAS)
- HOSPITAL (PSIQUIÁTRICO)
- CENTRO DE DESINTOXICACIÓN/HOSPITAL O RESIDENCIA PARA EL TRATAMIENTO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS
- INSTALACIONES PENITENCIARIAS (CÁRCEL/PRISION)
- RESIDENCIA DE ANCIANOS
- HOSPITAL PARA LA ATENCIÓN DE LOS VETERANOS (VA)
- RESIDENCIA PARA VETERANOS
- BASE MILITAR
- OTRO TIPO DE VIVIENDA (ESPECIFIQUE) _____
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

3. Durante las últimas 4 semanas...

[LÉALE LA PREGUNTA SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL CONSUMIDOR.]

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTAS						
Durante las últimas 4 semanas...	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
a. ¿cuán satisfecho ha estado con las condiciones del lugar donde vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D. EDUCACIÓN Y EMPLEO

1. ¿Está inscrito actualmente en una escuela o programa de capacitación laboral?

[SI ESTÁ INSCRITO] ¿Es a tiempo completo o parcial?

- NO ESTÁ INSCRITO
- ESTÁ INSCRITO A TIEMPO COMPLETO
- ESTÁ INSCRITO A TIEMPO PARCIAL
- OTRO (ESPECIFIQUE) _____
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

D. EDUCACIÓN Y EMPLEO (CONTINUACIÓN)

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

- INFERIOR A 12.º GRADO
- 12.º GRADO/TÍTULO DE SECUNDARIA/EQUIVALENTE (EXAMEN DE DESARROLLO DE EDUCACIÓN GENERAL, GED)
- TÍTULO VOCACIONAL/TÉCNICO
- CARRERA UNIVERSITARIA O ESTUDIOS SUPERIORES INCOMPLETOS
- TÍTULO DE GRADO (Bachelor of Arts [BA], Bachelor of Science [BS])
- TRABAJO/TÍTULO DE POSGRADO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

3. ¿Actualmente está empleado?

[ACLARE CENTRÁNDOSE EN EL ESTADO RESPECTO DE LA MAYOR PARTE DE LA ÚLTIMA SEMANA Y DETERMINE SI EL CONSUMIDOR TRABAJÓ O TUVO UN TRABAJO REGULAR, PERO FALTÓ AL TRABAJO.]

- EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO (ESTUVO O DEBERÍA HABER ESTADO MÁS DE 35 HORAS POR SEMANA EN EL TRABAJO)
- EMPLEADO A TIEMPO PARCIAL
- DESEMPLEADO, PERO BUSCANDO TRABAJO
- DESEMPLEADO, DISCAPACITADO
- DESEMPLEADO, PERO CON TRABAJO VOLUNTARIO
- DESEMPLEADO, JUBILADO
- DESEMPLEADO Y NO ESTÁ BUSCANDO TRABAJO
- OTRO (ESPECIFIQUE) _____
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

3a. **[SI ESTÁ EMPLEADO.]**

	Sí	No	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
• ¿Recibe un salario mínimo o superior al mínimo? ¹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• ¿Su empleador le paga directamente a usted su salario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• ¿Cualquier persona podría haber solicitado este trabajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Durante las últimas 4 semanas...

[LÉALE LA PREGUNTA SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL CONSUMIDOR.]

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTAS						
	Para nada	Un poco	Moderadamente	Casi siempre	Completamente	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
Durante las últimas 4 semanas...							
a. ¿ha tenido dinero suficiente para satisfacer sus necesidades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¹ Para obtener información sobre el salario mínimo a nivel federal, consulte <https://www.dol.gov/general/topic/wages>.

E. SITUACIÓN PENAL Y RELACIONADA CON LA JUSTICIA PENAL

1. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces lo arrestaron?

VECES

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

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

F. PERCEPCIÓN SOBRE EL CUIDADO

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

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

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

DECLARACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTAS						
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO CORRESPONDE
a. El personal de aquí cree que puedo desarrollar, cambiar y recuperarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b. Siento que puedo expresar mis quejas libremente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
c. Me dieron información sobre mis derechos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
d. El personal me alentó a que asumiera la responsabilidad de cómo llevo adelante mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
e. El personal me dijo cuáles eran los efectos secundarios a los que debía prestarles atención.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. El personal respetó mis deseos sobre a quién se le puede brindar información sobre mi tratamiento y a quién no.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. El personal tuvo sensibilidad con mis antecedentes culturales (raza, religión, idioma, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
h. El personal me ayudó a obtener la información que necesitaba para poder encargarme del tratamiento de mi enfermedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Se me alentó a usar programas dirigidos por el consumidor (grupos de apoyo, centros de hospitalidad, línea telefónica para crisis, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Me sentí cómodo haciendo preguntas sobre mi tratamiento y medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F. PERCEPCIÓN SOBRE EL CUIDADO (CONTINUACIÓN)

AFIRMACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTAS						
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO CORRESPONDE
k. Fui yo quien decidí mis objetivos de tratamiento, no el personal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
l. Me gustan los servicios que he recibido aquí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
m. Si tuviera otras opciones, me gustaría seguir recibiendo servicios de esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
n. Le recomendaría esta agencia a un amigo o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

2. **[INDIQUE QUIÉN ADMINISTRÓ LA SECCIÓN F, PERCEPCIÓN SOBRE EL CUIDADO, AL ENTREVISTADO QUE CONTESTÓ ESTA ENTREVISTA.]**

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

G. RELACIONES SOCIALES

1. Indique si está en desacuerdo o de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Proporcione respuestas respecto de las relaciones con personas distintas de los proveedores de servicios de salud mental durante los últimos 30 días.

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

DECLARACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTAS					
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo	SE NEGÓ A CONTESTAR
a. Estoy contento con las amistades que tengo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Conozco personas con las que puedo hacer cosas divertidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Siento que pertenezco a mi comunidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. En caso de crisis, tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Tengo familiares o amigos que me ayudan con mi recuperación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Por lo general, logro lo que me propongo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[SI SU PROGRAMA NO REQUIERE LA SECCIÓN H:

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

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

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

[SI SU PROGRAMA REQUIERE LA SECCIÓN H:

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

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

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

H. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

PARA OBTENER UNA LISTA DE PROGRAMAS QUE TIENEN REQUISITOS DE INFORMACIÓN ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA, CONSULTE EL APÉNDICE A DE LA GUÍA DE INSTRUCCIONES SOBRE CADA PREGUNTA DE LAS MEDIDAS A NIVEL DE CLIENTE DE LAS NOMs (MEDICIONES NACIONALES DE RESULTADOS) PARA PROGRAMAS PARA ADULTOS.

H1. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

1. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tomado todos sus medicamentos psiquiátricos según lo recetado?

- Siempre
- Generalmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LA PREGUNTA 2 SOBRE EL CONSUMIDOR EN LA ENTREVISTA DE REEVALUACIÓN Y DEL ALTA MÉDICA.]

2. En los últimos 30 días, ¿en qué medida ha cumplido su plan de tratamiento el consumidor?

- No lo cumplió
- Lo cumplió mínimamente
- Lo cumplió de manera moderada
- Lo cumplió significativamente
- Lo cumplió completamente
- NO SABE

H2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LAS PREGUNTAS 1 Y 2 EN LA ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, DE REEVALUACIÓN Y DEL ALTA MÉDICA.]

1. ¿La prueba de detección de trastornos de la salud mental del consumidor fue positiva?

- Prueba de detección del consumidor positiva
- Prueba de detección del consumidor negativa
- No se le realizó la prueba de detección al consumidor

a. [SI LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL CONSUMIDOR FUE POSITIVA], ¿Se derivó al consumidor a los siguientes tipos de servicios?

	SÍ	NO
Servicios de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

b. [SI SE DERIVÓ AL CONSUMIDOR A LOS SERVICIOS] ¿Recibió los siguientes servicios?

	SÍ	NO	NO SABE	NO CORRESPONDE
Servicios de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. ¿La prueba de detección de trastornos de consumo de sustancias del consumidor fue positiva?

- Prueba de detección del consumidor positiva
- Prueba de detección del consumidor negativa
- No se le realizó la prueba de detección al consumidor

a. [SI LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL CONSUMIDOR FUE POSITIVA], ¿Se derivó al consumidor a los siguientes tipos de servicios?

	SÍ	NO
Servicios relacionados con trastornos de consumo de sustancias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

b. [SI SE DERIVÓ AL CONSUMIDOR A LOS SERVICIOS] ¿Recibió los siguientes servicios?

	SÍ	NO	NO SABE	NO CORRESPONDE
Servicios relacionados con trastornos de consumo de sustancias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[EL CONSUMIDOR DEBE RESPONDER LA PREGUNTA 3 EN LA ENTREVISTA DE REEVALUACIÓN Y DEL ALTA MÉDICA.]

3. Indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente declaración:

Los servicios comunitarios recibidos a través del programa de [INSERTAR EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN] me han ayudado a evitar tener más contacto con la policía o el sistema de justicia penal.

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Indeciso
- De acuerdo
- Muy de acuerdo
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

H3. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

- | 1. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces... | Cantidad de veces | SE NEGÓ A CONTESTAR | NO SABE |
|---|-------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. fue a una sala de emergencias por un problema de salud físico? | _ _ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. ha estado hospitalizado durante una noche por un problema de salud físico?
<i>[INFORME LA CANTIDAD DE NOCHES QUE ESTUVO HOSPITALIZADO.]</i> | _ _ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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

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

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

Puntos de salud específicos del programa (informar trimestralmente)

1. Mediciones de salud:

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

2. ¿El paciente hizo ayuno de 8 horas correctamente antes de proporcionar la muestra de sangre?

3. Resultados del análisis de sangre:

- a. Fecha de la extracción de sangre: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
MES DÍA AÑO

[PARA LAS PREGUNTAS 3b Y 3c: INGRESE UNA O LA OTRA; NO AMBAS.]

- | | | |
|---------------------------------|--|-------|
| b. Glucosa plasmática en ayunas | | mg/dL |
| c. HgBA1c | | % |
| d. Colesterol total | | mg/dL |
| e. Colesterol HDL | | mg/dL |
| f. Colesterol LDL | | mg/dL |
| g. Triglicéridos | | mg/dL |

H4. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

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

- Sí
- No **[VAYA A LA PREGUNTA H1b.]**
- SE NEGÓ A CONTESTAR **[VAYA A LA PREGUNTA H1b.]**
- NO SABE **[VAYA A LA PREGUNTA H1b.]**

[EN CASO AFIRMATIVO] ¿Cuál fue el resultado?

- Positivo
- Negativo **[VAYA A LA PREGUNTA H1b.]**
- Indeterminado **[VAYA A LA PREGUNTA H1b.]**
- SE NEGÓ A CONTESTAR **[VAYA A LA PREGUNTA H1b.]**
- NO SABE **[VAYA A LA PREGUNTA H1b.]**

[SI LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL CONSUMIDOR FUE POSITIVA], ¿Lo pusieron en contacto con servicios para el tratamiento del VIH?

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

1b. ¿El programa brindó una prueba de la hepatitis B (HBV)?

- Sí
- NO **[VAYA A LA PREGUNTA H1c.]**
- SE NEGÓ A CONTESTAR **[VAYA A LA PREGUNTA H1c.]**
- NO SABE **[VAYA A LA PREGUNTA H1c.]**

[EN CASO AFIRMATIVO] ¿Cuál fue el resultado?

- Positivo
- Negativo **[VAYA A LA PREGUNTA H1c.]**
- Indeterminado **[VAYA A LA PREGUNTA H1c.]**
- SE NEGÓ A CONTESTAR **[VAYA A LA PREGUNTA H1c.]**
- NO SABE **[VAYA A LA PREGUNTA H1c.]**

[SI LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL CONSUMIDOR FUE POSITIVA], ¿Lo pusieron en contacto con servicios para el tratamiento de la HBV?

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

1c. ¿El programa proporcionó una prueba de la hepatitis C (HCV)?

- Sí
- NO **[VAYA A LA PREGUNTA H2a.]**
- SE NEGÓ A CONTESTAR **[VAYA A LA PREGUNTA H2a.]**
- NO SABE **[VAYA A LA PREGUNTA H2a.]**

H4. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA (CONTINUACIÓN)

[EN CASO AFIRMATIVO] ¿Cuál fue el resultado?

- Positivo
- Negativo *[VAYA A LA PREGUNTA H2a.]*
- Indeterminado *[VAYA A LA PREGUNTA H2a.]*
- SE NEGÓ A CONTESTAR *[VAYA A LA PREGUNTA H2a.]*
- NO SABE *[VAYA A LA PREGUNTA H2a.]*

[SI LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL CONSUMIDOR FUE POSITIVA], ¿Lo pusieron en contacto con servicios para el tratamiento de la HCV?

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

2a. *[SI EL RESULTADO DE LA PRUEBA DE VIH ES POSITIVO], ¿Recibió una derivación de [INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN] para recibir atención médica?*

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

2b. *¿Se le recetó un medicamento antirretroviral (ART)?*

- Sí
- No *[VAYA A LAS SECCIONES I O J/K]*
- SE NEGÓ A CONTESTAR *[VAYA A LAS SECCIONES I O J/K]*
- NO SABE *[VAYA A LAS SECCIONES I O J/K]*

[PARA LOS CONSUMIDORES QUE INFORMEN QUE SE LES HA RECETADO UN ART] En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tomado sus 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”.]

H5. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LAS PREGUNTAS 1 Y 2 EN LA ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, DE REEVALUACIÓN Y DEL ALTA MÉDICA.]

1. ¿La prueba de detección de trastornos de la salud mental del consumidor fue positiva?

- Prueba de detección del consumidor positiva
- Prueba de detección del consumidor negativa
- No se le realizó la prueba de detección al consumidor

a. *[SI LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL CONSUMIDOR FUE POSITIVA]*, ¿Se derivó al consumidor a los siguientes tipos de servicios?

	SÍ	NO
Servicios de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

b. *[SI SE DERIVÓ AL CONSUMIDOR A LOS SERVICIOS]*, ¿Recibió los siguientes servicios?

	SÍ	NO	NO SABE	NO CORRESPONDE
Servicios de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. ¿La prueba de detección de trastornos de consumo de sustancias al consumidor fue positiva?

- Prueba de detección del consumidor positiva
- Prueba de detección del consumidor negativa
- No se le realizó la prueba de detección al consumidor

a. *[SI LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL CONSUMIDOR FUE POSITIVA]*, ¿Se derivó al consumidor a los siguientes tipos de servicios?

	SÍ	NO
Servicios relacionados con trastornos de consumo de sustancias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

b. *[SI SE DERIVÓ AL CONSUMIDOR A LOS SERVICIOS]*, ¿Recibió los siguientes servicios?

	SÍ	NO	NO SABE	NO CORRESPONDE
Servicios relacionados con trastornos de consumo de sustancias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

H6. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

1. Durante los últimos 30 días:	Cantidad de veces	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
a. ¿Cuántas veces ha pensado en suicidarse?	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Cuántas veces intentó suicidarse?	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[EL CONSUMIDOR DEBE RESPONDER LA PREGUNTA 2 EN LA ENTREVISTA DE REEVALUACIÓN Y DEL ALTA MÉDICA.]

2. ¿Con qué frecuencia interactúa un miembro de su equipo con usted?

- Varias veces al día
- Casi todos los días
- Pocas veces a la semana
- Alrededor de una vez por semana
- Pocas veces al mes
- Alrededor de una vez al mes
- Menos de una vez al mes
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

H7. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

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

- Sí
- No
- NO SABE

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

____/____
MES AÑO

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

- Sí
- No
- NO SABE

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

____/____
MES AÑO

NO SABE

[EL CONSUMIDOR DEBE RESPONDER LA PREGUNTA 2 EN LA ENTREVISTA DEL PERÍODO INICIAL, DE REEVALUACIÓN Y DEL ALTA MÉDICA SI ACTUALMENTE ESTÁ INSCRITO EN UNA ESCUELA.]

2. **[SI EL CONSUMIDOR INDICÓ QUE ESTABA INSCRITO EN UNA ESCUELA]** Durante los últimos 30 días de clases, ¿cuántos días faltó por cualquier motivo?

____ CANT. DE DÍAS SE NEGÓ A CONTESTAR NO SABE NO CORRESPONDE

H8. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

1. Mediciones de salud: (informar trimestralmente)

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

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

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

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

I. ESTADO DE REEVALUACIÓN

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

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No

[VAYA A LA SECCIÓN K.]

J. ESTADO DEL ALTA MÉDICA

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

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

 |_|_|_| / |_|_|_|_|_|
 MES AÑO

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

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

[VAYA A LA SECCIÓN K.]

K. SERVICIOS RECIBIDOS

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

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

MES					AÑO				

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

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

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

Cantidad de veces: ____ por

<input type="radio"/> Día	<input type="radio"/> SE DESCONOCE
<input type="radio"/> Semana	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Mes	
<input type="radio"/> Año	

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

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