

**Medidas de resultados de los clientes
que participan en los programas discrecionales
del CSAT GPRA
(Revisado el 04/24/2017)**

Se estima que, si al cliente/participante se le hacen todas las preguntas, la recolección de esta información lleva, en promedio, 30 minutos por respuesta. Esto incluye el tiempo para leer las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si los proveedores ya obtuvieron parte de esta información en las entrevistas de ingreso o seguimiento, podría llevar menos tiempo. Envíe sus comentarios acerca de esta estimación de tiempo o cualquier otro aspecto de la recopilación de información a SAMHSA Reports Clearance Office, Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Ninguna agencia podrá conducir o auspiciar la recolección de esta información y ninguna persona estará obligada a responder a estas preguntas a menos que se presente un número de control válido y vigente de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control de este proyecto es 0930-0208.

A. CONTROL DE ARCHIVOS

Número de cliente

Tipo de cliente:

- Cliente en tratamiento
- Cliente en recuperación

Número de contrato/concesión

Tipo de entrevista **[MARQUE CON UN CÍRCULO SOLAMENTE UNO.]**

Ingreso **[PASE A LA FECHA DE LA ENTREVISTA]**

Seguimiento a los seis meses → → → ¿Realizó usted la entrevista de seguimiento? Sí No
[SI LA RESPUESTA ES NO, PASE DIRECTAMENTE A LA SECCIÓN I.]

Seguimiento a los 3 meses **[SOLO PARA PROGRAMAS CON ADOLESCENTES]** →
¿Realizó usted la entrevista de seguimiento? Sí No
[SI LA RESPUESTA ES NO, PASE DIRECTAMENTE A LA SECCIÓN I.]

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

Fecha de la entrevista / /
Mes Día Año

[ENTREVISTAS DE SEGUIMIENTO Y ALTA: PASE A LA SECCIÓN B.]

1. ¿Su programa evaluó si el cliente tenía problemas de salud mental además de problemas de abuso de sustancias (problemas concurrentes)?

- SÍ
- NO **[OMITA 1a.]**

1a. **[SI LA RESPUESTA ES SÍ]** ¿El resultado de la evaluación sobre problemas concurrentes de salud mental y abuso de sustancias fue positivo?

- SÍ
- NO

[SERVICIOS SBIRT CONTINÚEN. LOS DEMÁS, PASAR A LA SECCIÓN "SERVICIOS PLANIFICADOS".]

ESTA SECCIÓN ES ÚNICAMENTE PARA CONCESIONES SBIRT [PUNTOS 2, 2A y 3- INFORMADOS SOLO EN LA ENTREVISTA INICIAL].

2. ¿Cuál fue el resultado de la evaluación para los programas SBIRT?

- NEGATIVO
- POSITIVO

2a. ¿Qué puntaje obtuvo en la evaluación?

AUDIT = |__|__|

CAGE = |__|__|

DAST = |__|__|

DAST-10 = |__|__|

Guía NIAAA = |__|__|

ASSIST

/Sub puntaje en alcohol = |__|__|

Otro (especifique) = |__|__|

3. ¿El cliente estaba dispuesto a continuar participando en el programa SBIRT?

- SÍ
- NO

A. CONTROL DE ARCHIVOS – SERVICIOS PLANIFICADOS [SEGÚN LO INFORMADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA RESPECTO AL CLIENTE, SOLAMENTE EN LA ENTREVISTA INICIAL]

Identifique los servicios que planea proporcionarle al cliente durante el tratamiento/ la recuperación.

[MARQUE LA “S” PARA SÍ Y LA “N” PARA NO EN CADA CASO]

Modalidad	Sí	No
[SELECCIONE AL MENOS UNA MODALIDAD]		
1. Gestión de caso	S	N
2. Tratamiento durante el día	S	N
3. Internación/Hospital (No para desintoxicación)	S	N
4. Tratamiento ambulatorio	S	N
5. Extensión comunitaria	S	N
6. Tratamiento ambulatorio intensivo	S	N
7. Metadona	S	N
8. Tratamiento residencial/Rehabilitación	S	N
9. Desintoxicación (Seleccione solo una opción)		
A. Internación hospitalaria	S	N
B. Residencial independiente	S	N
C. Desintoxicación ambulatoria	S	N
10. Cuidado después del tratamiento	S	N
11. Apoyo durante la recuperación	S	N
12. Otro (especifique) _____	S	N

[SELECCIONE AL MENOS UN SERVICIO.]

Servicios de tratamiento Sí No
[CONCESIONES DE SBIRT: DEBEN MARCAR “S” PARA AL MENOS UNO DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO QUE FIGURAN EN LOS NUMERALES 1 A 4.]

1. Evaluación preliminar	S	N
2. Intervención breve	S	N
3. Tratamiento breve	S	N
4. Derivación a tratamiento	S	N
5. Evaluación	S	N
6. Planificación del tratamiento /la recuperación	S	N
7. Terapia individual	S	N
8. Terapia grupal	S	N
9. Terapia familiar/de pareja	S	N
10. Tratamientos/ Servicios de recuperación concurrentes	S	N
11. Intervenciones farmacológicas	S	N
12. Asesoramiento sobre VIH/SIDA	S	N
13. Otros servicios clínicos (Especifique) _____	S	N

Servicios de gestión de casos Sí No

1. Servicios para la familia (incluidas educación conyugal, educación para padres y desarrollo infantil)	S	N
2. Cuidado infantil	S	N
3. Servicio de empleo		
A. Previos al empleo	S	N
B. Orientación para empleo	S	N
4. Coordinación de servicios individuales	S	N
5. Transporte	S	N
6. Servicios sobre VIH/SIDA	S	N
7. Servicios de alojamiento transitorio de apoyo en lugares libres de drogas.	S	N
8. Otros servicios de gestión de casos (Especifique) _____	S	N

Servicios médicos Sí No

1. Atención médica	S	N
2. Pruebas de detección de drogas/alcohol	S	N
3. Pruebas y apoyo médico para VIH/SIDA	S	N
4. Otros servicios médicos (Especifique) _____	S	N

Servicios de cuidado después del tratamiento Sí No

1. Cuidado continuo	S	N
2. Prevención de recaídas	S	N
3. Orientación durante la recuperación	S	N
4. Autoayuda y grupos de apoyo	S	N
5. Apoyo espiritual	S	N
6. Otros servicios de cuidado después del tratamiento (Especifique) _____	S	N

Servicios educativos Sí No

1. Educación sobre abuso de sustancias	S	N
2. Educación sobre VIH/SIDA	S	N
3. Otros servicios educativos (Especifique) _____	S	N

Servicios de apoyo entre pares para la recuperación Sí No

1. Orientación o tutoría de pares	S	N
2. Apoyo para vivienda	S	N
3. Actividades sociales libres de alcohol y drogas	S	N
4. Información y derivaciones	S	N
5. Otros servicios de apoyo entre pares para la recuperación (Especifique) _____	S	N

A. CONTROL DE ARCHIVOS - DATOS DEMOGRÁFICOS [SOLO SE PREGUNTA EN LA ENTREVISTA INICIAL]

1. ¿Cuál es su sexo?

- HOMBRE
- MUJER
- TRANSEXUAL
- OTRO (ESPECIFIQUE): _____
- SE NIEGA A CONTESTAR

2. ¿Es usted de origen hispano o latino?

- SÍ
- NO
- SE NIEGA A CONTESTAR

[SI LA RESPUESTA ES SÍ] ¿A qué grupo étnico considera que pertenece? Por favor responda sí o no para cada una de las siguientes opciones. Puede responder “sí” a más de una.

	Sí	No	Se niega a contestar
Centroamericano	S	N	SE NIEGA A CONTESTAR
Cubano	S	N	SE NIEGA A CONTESTAR
Dominicano	S	N	SE NIEGA A CONTESTAR
Mexicano	S	N	SE NIEGA A CONTESTAR
Puertorriqueño	S	N	SE NIEGA A CONTESTAR
Sudamericano	S	N	SE NIEGA A CONTESTAR
Otro	S	N	SE NIEGA A CONTESTAR [SI RESPONDE SÍ, ESPECIFICAR

ABAJO]

(Especificar) _____

3. ¿A qué raza pertenece? Por favor responda sí o no para cada una de las siguientes opciones. Puede responder “sí” a más de una.

	Sí	No	Se niega a contestar
Negra o afroamericana	S	N	SE NIEGA A CONTESTAR
Asiática	S	N	SE NIEGA A CONTESTAR
Hawaiana o de otras islas del Pacífico	S	N	SE NIEGA A CONTESTAR
Nativa de Alaska	S	N	SE NIEGA A CONTESTAR
Blanca	S	N	SE NIEGA A CONTESTAR
Indoamericana	S	N	SE NIEGA A CONTESTAR

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?*

_____|_____| / ____|_____| / **[*EL SISTEMA SOLO GUARDARÁ EL MES Y EL AÑO. EL DÍA NO SE GUARDA PARA MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD.]**

_____|_____|_____|_____|
Año

- SE NIEGA A CONTESTAR

DESPLIEGUE Y FAMILIA MILITAR

5. ¿Alguna vez prestó servicio en las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional? *[SI LO HIZO]*
¿En qué sector (las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional) prestó servicio?

- NO
- SÍ, EN LAS FUERZAS ARMADAS
- SÍ, EN LAS RESERVAS
- SÍ, EN LA GUARDIA NACIONAL
- NO RESPONDE
- NO SABE

[SI LA RESPUESTA ES “NO”, “SE NIEGA A CONTESTAR” O “NO SABE” PASE A LA PREGUNTA A6.]

5a. ¿Se encuentra actualmente en servicio activo en las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional? *[SI ESTÁ EN SERVICIO ACTIVO]* ¿En qué sector, las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional?

- NO, DADO DE BAJA
- RETIRADO DE LAS FUERZAS ARMADAS, LAS RESERVAS O LA GUARDIA NACIONAL
- SÍ, EN LAS FUERZAS ARMADAS
- SÍ, EN LAS RESERVAS
- SÍ, EN LA GUARDIA NACIONAL
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

5b. ¿Alguna vez fue desplegado/enviado a una zona de combate? *[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN]*

- NUNCA FUE DESPLEGADO/ENVIADO
- A IRAK O AFGANISTÁN (POR EJ., OEF/OIF/OND)
- AL GOLFO PÉRSICO (OPERACIÓN ESCUDO DEL DESIERTO/TORMENTA DEL DESIERTO)
- VIETNAM/SURESTE DE ASIA
- COREA
- A LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL
- A UNA ZONA DE COMBATE NO MENCIONADA ARRIBA (POR EJ., BOSNIA, SOMALIA)
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

BENEFICIARIOS DE UNA CONCESIÓN SBIRT: PARA CLIENTES CON RESULTADO NEGATIVO, SALTAR ÍTEMS A6, A6a-A6d.]

6. ¿Alguien de su familia o alguien cercano a usted está en servicio activo en las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional, o dado de baja o retirado de las mismas?

- NO
- SÍ, SOLO UNA PERSONA
- SÍ, MÁS DE UNA PERSONA
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

[SI LA RESPUESTA ES “NO”, “SE NIEGA A CONTESTAR” O “NO SABE” PASAR A LA SECCIÓN B.]

[SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, PUEDE ENUMERAR HASTA 6 PERSONAS] ¿Cuál es la relación de esa persona (miembro del servicio) con usted? [ESCRIBA LA RELACIÓN EN LA PARTE SUPERIOR DE LA COLUMNA]

- 1 = Madre 2 = Padre
- 3 = Hermano 4 = Hermana
- 5 = Cónyuge 6 = Compañero/a
- 7 = Hijo/a 8 = Otro (Especifique) _____

El miembro del servicio, ¿tuvo alguna de las siguientes experiencias? <i>[MARQUE LA RESPUESTA EN LA COLUMNA ADECUADA PARA TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN]:</i>	(Relación)	(Relación)	(Relación)	(Relación)	(Relación)	(Relación)
	1.	2.	3.	4.	5.	6.
6a. ¿Fue desplegado como apoyo de operaciones de combate (por ej., Irak o Afganistán)?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NIEGA A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NIEGA A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NIEGA A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NIEGA A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NIEGA A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NIEGA A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE
6b. ¿Sufrió alguna lesión física durante las operaciones de combate?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NIEGA A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NIEGA A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NIEGA A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NIEGA A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NIEGA A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NIEGA A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE
6c. ¿Desarrolló síntomas de estrés por combate/dificultades para adaptarse luego de ser desplegado, incluyendo TEPT (PTSD), depresión o pensamientos suicidas?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NIEGA A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NIEGA A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NIEGA A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NIEGA A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NIEGA A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NIEGA A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE

6d. ¿Murió o fue asesinado?	<input type="radio"/> SÍ					
	<input type="radio"/> NO					
	<input type="radio"/> SE NIEGA A CONTESTAR					
	<input type="radio"/> NO SABE					

B. USO DE ALCOHOL Y DROGAS

	Cantidad de de días	SE NIEGA A CONTESTAR	NO SABE
1. En los últimos 30 días, ¿cuántos días usó/consumió alguno de los siguientes?			
a. Cualquier bebida con alcohol <i>[SI LA RESPUESTA ES CERO, PASE A B1c]</i>	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b1. Alcohol hasta intoxicarse o emborracharse (5 tragos o más en una sola ocasión)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b2. Alcohol hasta intoxicarse o emborracharse (4 tragos o menos en una sola ocasión y sintió los efectos del alcohol)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Drogas ilegales <i>[SI B1a Q B1c = 0, NR, NS, PASE A B2.]</i>	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Alcohol y drogas (el mismo día)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tipos de vías de administración:

1. Oral 2. Nasal 3. Fumando 4. Inyección no intravenosa 5. Intravenosa

*INGRESE LA VÍA USUAL. SI HAY MÁS DE UNA VÍA, INGRESE LA MÁS GRAVE. LAS VÍAS FIGURAN EN ORDEN, DE LA MENOS GRAVE (1) A LA MÁS GRAVE (5).

2. En los últimos 30 días, ¿cuántos días usó/consumió alguno de los siguientes? *[SI EL VALOR DE B2a A B2i > 0, ENTONCES EL VALOR DE B1c DEBE SER > 0.]*

	Cantidad de días	NR	NS	Vía*	NR	NS
a. Cocaína/roca (crack)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Marihuana/hachís (pasto, yerba, porro, bareta)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Opiáceos:						
1. Heroína (tecata, manteca, chiva, hombrecitos)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Morfina	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Dilaudid	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Demerol	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Percocet	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Darvon	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Codeína	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Tylenol 2, 3, 4	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. OxyContin/Oxicodona	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Metadona sin receta	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Fenciclidina (PCP, niebla) u otros alucinógenos/psicodélicos, MDMA (éxtasis, XTC, X, Adam), LSD (ácido), psilocibina (las mujercitas), mescalina (peyote), hongos	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Metanfetamina (cristina) u otras anfetaminas (bombitas, cristal, rosa, hielo, fuego)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. USO DE ALCOHOL Y DROGAS (continuación)

Tipos de vías de administración:

1. Oral 2. Nasal 3. Fumando 4. Inyección no intravenosa 5. Intravenosa

*INGRESE LA VÍA USUAL. SI HAY MÁS DE UNA VÍA, INGRESE LA MÁS GRAVE. LAS VÍAS FIGURAN EN ORDEN, DE LA MENOS GRAVE (1) A LA MÁS GRAVE (5).

2. En los últimos 30 días, ¿cuántos días usó/consumió alguno de los siguientes? [SI EL VALOR DE B2a A B2i > 0, ENTONCES EL VALOR DE B1c DEBE SER > 0.]

	Cantidad de días	NR	NS	Vía*	NR	NS
g. 1. Benzodiacepinas: diazepam (Valium), alpeazolam (Xanax), triazolam (Halción) y estazolam (Prosom y Rohypnol y también conocido como roofies, roche y cope)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Barbitúricos: mefobarbital (Mebacut); y pentobarbital sódico (Nembutal)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. GHB sin receta (conocido como daño corporal grave, éxtasis líquido y joven de Georgia)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ketamina (conocida como Special K o vitamina K)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Otros tranquilizantes, sedantes o hipnóticos	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Inhalantes (clímax, pega, cemento, pvc)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Otras drogas ilegales (Especifique)_____	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. En los últimos 30 días, ¿se inyectó drogas? [SI CUALQUIER VÍA DE ADMINISTRACION DE B2a HASTA B2i = 4 o 5, ENTONCES B3 TIENE QUE SER = SÍ.]

- SÍ
- NO
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

[SI LA RESPUESTA ES “NO”, “SE NIEGA A CONTESTAR” O “NO SABE”, PASAR A LA SECCIÓN B.]

4. En los últimos 30 días, ¿con que frecuencia utilizó una jeringa/aguja, puya, erre, algodón o agua que había usado otra persona?

- Siempre
- Más de la mitad de las veces
- La mitad de las veces
- Menos de la mitad de las veces
- Nunca
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

C. FAMILIA Y VIVIENDA

1. En los últimos 30 días, ¿dónde ha vivido la mayoría del tiempo? *[NO LE LEA LAS OPCIONES AL CLIENTE]*
- EN UN ALBERGUE (LUGAR SEGURO, CENTRO TRANSITORIO DE VIVIENDA, UN ALOJAMIENTO DE BAJA DEMANDA, OTROS ALOJAMIENTOS TRANSITORIOS DE DÍA O NOCHE)
 - EN LA CALLE /AL AIRE LIBRE (ACERA, PORTAL O EDIFICIO PÚBLICO O ABANDONADO, PARQUE)
 - EN UNA INSTITUCIÓN (HOSPITAL, CASA DE REPOSO O ASISTENCIA, CÁRCEL, PRISIÓN)
 - EN UNA CASA: *[SI SE TRATABA DE UNA CASA, MARQUE LA SUBCATEGORÍA QUE CORRESPONDA:]*
 - CASA, APARTAMENTO O CUARTO/HABITACIÓN PROPIO/RENTADO
 - CASA, APARTAMENTO O CUARTO/HABITACIÓN DE OTRA PERSONA
 - DORMITORIO O RESIDENCIAL UNIVERSITARIO
 - CASA DE REHABILITACIÓN/REINSERCIÓN SOCIAL
 - TRATAMIENTO RESIDENCIAL
 - OTRO TIPO DE VIVIENDA (ESPECIFIQUE): _____
 - SE NIEGA A CONTESTAR
 - NO SABE
2. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con respecto a las condiciones del lugar que habita?
- Muy insatisfecho
 - Insatisfecho
 - Ni satisfecho ni insatisfecho
 - Satisfecho
 - Muy satisfecho
 - SE NIEGA A CONTESTAR
 - NO SABE
3. En los últimos 30 días, ¿cuánto estrés (preocupación excesiva) tuvo debido al uso de alcohol o drogas? *[SI B1a O B1c > 0, ENTONCES C3 NO PUEDE SER = “NO CORRESPONDE”.]*
- Nada
 - Algo
 - Bastante
 - Mucho
 - NO CORRESPONDE *[USE SOLO SI B1A Y B1C = 0.]*
 - SE NIEGA A CONTESTAR
 - NO SABE
4. En los últimos 30 días, ¿su uso de alcohol o drogas le llevó a reducir o abandonar actividades importantes? *[SI B1a O B1c > 0, ENTONCES C4 NO PUEDE SER = “NO CORRESPONDE”.]*
- Nada
 - Algo
 - Bastante
 - Mucho
 - NO CORRESPONDE *[USE SOLO SI B1A Y B1C = 0.]*
 - SE NIEGA A CONTESTAR
 - NO SABE

C. FAMILIA Y VIVIENDA (continuación)

5. En los últimos 30 días, ¿su uso de alcohol o drogas le provocó problemas emocionales? [SI B1a O B1c > 0, ENTONCES C5 NO PUEDE SER = “NO CORRESPONDE”.]

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho
- NO CORRESPONDE [USE SOLO SI B1a Y B1c = 0.]
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

6. [PARA MUJERES] ¿Está actualmente embarazada?

- SÍ
- NO
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

7. ¿Tiene hijos?

- SÍ
- NO
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

[SI LA RESPUESTA ES “NO”, “SE NIEGA A CONTESTAR” O “NO SABE” PASE A LA SECCIÓN D.]

a. ¿Cuántos hijos tiene? [SI C67= SÍ, ENTONCES EL VALOR DE C7a DEBE SER > 0.]

_____|_____| SE NIEGA A CONTESTAR NO SABE

b. ¿Alguno de sus hijos vive con otra persona debido a una orden judicial para la protección del menor?

- SÍ
- NO
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

[SI LA RESPUESTA ES “NO”, “SE NIEGA A CONTESTAR” O “NO SABE” PASE A C7D.]

c. [SI LA RESPUESTA ES SÍ] ¿Cuántos de sus hijos viven con otra persona debido a una orden judicial para la protección del menor? [EL VALOR DE C7c NO PUEDE EXCEDER EL VALOR DE C7a.]

_____|_____| SE NIEGA A CONTESTAR NO SABE

d. ¿De cuántos de sus hijos perdió la patria potestad? [EL CLIENTE PERDIÓ LA PATRIA POTESTAD.] [EL VALOR DE C7d NO PUEDE EXCEDER EL VALOR DE C7a.]

_____|_____| SE NIEGA A CONTESTAR NO SABE

D. EDUCACIÓN, EMPLEO E INGRESOS

1. **¿Está usted inscrito o matriculado en una escuela o programa de capacitación para obtener empleo? [SI ESTÁ INSCRITO] ¿Tiene dedicación total o parcial? [SI EL CLIENTE ESTA ENCARCELADO MARQUE DI COMO "NO ESTOY INSCRITO O MATRICULADO."]**
- NO ESTOY INSCRITO O MATRICULADO
 - INSCRITO, DEDICACIÓN TOTAL
 - INSCRITO, DEDICACIÓN PARCIAL
 - OTRO (ESPECIFIQUE): _____
 - SE NIEGA A CONTESTAR
 - NO SABE
2. **¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha alcanzado, aunque no se haya graduado o recibido un diploma?**
- NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA
 - 1^{ER} GRADO
 - 2° GRADO
 - 3° GRADO
 - 4° GRADO
 - 5° GRADO
 - 6° GRADO
 - 7° GRADO
 - 8° GRADO
 - 9° GRADO
 - 10° GRADO
 - 11° GRADO
 - 12° GRADO/DIPLOMA DE SECUNDARIA O EQUIVALENTE
 - PRIMER AÑO UNIVERSITARIO (COLLEGE)
 - SEGUNDO AÑO UNIVERSITARIO (COLLEGE) CON UN GRADO DE ASOCIADO (AA, AS)
 - TERCER AÑO UNIVERSITARIO (COLLEGE)
 - BACHILLERATO (BA, BS) O SUPERIOR
 - PROGRAMA VOCACIONAL TÉCNICO DESPUÉS DE LA SECUNDARIA PERO SIN RECIBIR DIPLOMA
 - DIPLOMA DE PROGRAMA VOCACIONAL TÉCNICO DESPUÉS DE LA SECUNDARIA
 - SE NIEGA A CONTESTAR
 - NO SABE
3. **Actualmente, ¿tiene empleo? [PARA ACLARAR, CÉNTRESE EN CÓMO FUE LA MAYOR PARTE DE LA SEMANA ANTERIOR. ASÍ DETERMINARÁ SI EL CLIENTE REALMENTE TRABAJÓ O TUVO EMPLEO PERO NO FUE A TRABAJAR.] [SI EL CLIENTE INDICÓ "INSCRITO, DEDICACIÓN TOTAL" EN D1 E INDICA "EMPLEADO DE TIEMPO COMPLETO" EN D3, PIDA UNA ACLARACIÓN. SI EL CLIENTE ESTA ENCARCELADO Y NO TIENE EMPLEO FUERA DE LA CÁRCEL, MARQUE D3 COMO "DESEMPLEADO Y NO BUSCA TRABAJO".]**
- EMPLEADO DE TIEMPO COMPLETO (35 HORAS SEMANALES O MÁS O LO O HUBIERA ESTADO)
 - EMPLEADO DE TIEMPO PARCIAL
 - DESEMPLEADO, BUSCANDO TRABAJO
 - DESEMPLEADO, DISCAPACITADO
 - DESEMPLEADO, HACE TRABAJO VOLUNTARIO
 - DESEMPLEADO, JUBILADO (RETIRADO)
 - DESEMPLEADO, Y NO BUSCA TRABAJO
 - OTRO (ESPECIFIQUE): _____
 - SE NIEGA A CONTESTAR
 - NO SABE

D. EDUCACIÓN, EMPLEO E INGRESOS (CONTINUACIÓN)

4. Aproximadamente, ¿cuánto dinero ganó USTED en los últimos 30 días (antes de pagar impuestos) proveniente de... [SI D3 NO = “EMPLEADO” Y EL VALOR DE D4a ES MAYOR QUE CERO, INDAGUE MÁS. SI D3 = “DESEMPLEADO, BUSCANDO TRABAJO” Y EL VALOR DE D4b = 0, INDAGUE MÁS. SI D3 = “DESEMPLEADO, JUBILADO (RETIRADO)” Y EL VALOR DE D4c = 0, INDAGUE MÁS. SI D3 = “DESEMPLEADO, INCAPACITADO” Y EL VALOR DE D4d = 0, INDAGUE MÁS.]

		NC	NS
a. Salario	\$ __ __ , __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Asistencia pública	\$ __ __ , __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Jubilación/retiro	\$ __ __ , __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Discapacidad	\$ __ __ , __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Ingresos ilegales	\$ __ __ , __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Familia y/o amigos	\$ __ __ , __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Otro (Especifique)	\$ __ __ , __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. ¿Tiene dinero suficiente para satisfacer sus necesidades?

- Casi nunca
- Un poco
- Moderadamente
- Casi siempre
- Absolutamente
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

E. CRIMEN Y SITUACIÓN PENAL

1. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces fue arrestado?

|__|__| VECES SE NIEGA A CONTESTAR NO SABE

[SI NO FUE ARRESTADO, PASEA LA PREGUNTA E3]

2. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces fue arrestado por delitos relacionados con drogas? [EL VALOR DE E2 NO PUEDE SER MAYOR QUE EL VALOR DE E1.]

|__|__| VECES SE NIEGA A CONTESTAR NO SABE

3. En los últimos 30 días, ¿cuántas noches estuvo en prisión/encarcelado? [SI EL VALOR DE E3 ES MAYOR QUE 15, ENTONCES C1 DEBE SER = INSTITUCIÓN (CÁRCEL/PRISIÓN). SI C1 = INSTITUCIÓN (CÁRCEL/PRISIÓN), ENTONCES EL VALOR DE E3 DEBE SER MAYOR O IGUAL A 15.]

|__|__| NOCHES SE NIEGA A CONTESTAR NO SABE

4. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces cometió un crimen? *[VERIFIQUE LA CANTIDAD DE DÍAS QUE EL CLIENTE USÓ DROGAS ILEGALES EN LA B1c PÁGINA 7. LA RESPUESTA ENE4 TIENE QUE SER IGUAL O MAYOR QUE LA RESPUESTA EN LA B1c PORQUE USAR DROGAS ILEGALES ES UN CRIMEN.]*

____|____| VECES SE NIEGA A CONTESTAR NO SABE

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

- SÍ
- NO
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

6. Actualmente, ¿está en libertad condicional o bajo palabra?

- SÍ
- NO
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

F. PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA Y MENTAL Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN

1. ¿Cómo calificaría su salud general en este momento?

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

2. En los últimos 30 días, ¿recibió:

a. Tratamiento internado por:

[SI LA RESPUESTA ES SÍ]

	SÍ	Total de noches	NO	NC	NS
i. Un problema físico	<input type="radio"/>	_____ noches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ii. Problemas mentales o emocionales	<input type="radio"/>	_____ noches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iii. Abuso de alcohol o sustancias	<input type="radio"/>	_____ noches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

b. Tratamiento ambulatorio para:

[SI LA RESPUESTA ES SÍ]

	SÍ	Total de veces	NO	NC	NS
i. Un problema físico	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ii. Problemas mentales o emocionales	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iii. Abuso de alcohol o sustancias	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**c. Tratamiento en la sala de emergencias
para:**

[SI LA RESPUESTA

ES SÍ]

**Total
de veces**

SÍ

NO

NC

NS

i. Un problema físico

_____ veces

ii. Problemas mentales o emocionales

_____ veces

iii. Abuso de alcohol o sustancias

_____ veces

F. PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA Y MENTAL Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN (continuación)

3. En los últimos 30 días, ¿tuvo actividad sexual?

- Sí
- No → [PASE A F4.]
- NO ESTÁ PERMITIDO HACER ESTA PREGUNTA → [PASE A F4.]
- SE NIEGA A CONTESTAR → [PASE A F4.]
- NO SABE → [PASE A F4.]

[SI LA RESPUESTA ES SÍ] En total, cuántos:

	contactos	NC	NS
a. Contacto sexuales (vaginales, orales o anales) tuvo?	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Contactos sexuales sin protección tuvo? [EL VALOR DE F3b NO PUEDE SER MAYOR QUE EL VALOR DE F3a.] [SI LA RESPUESTA ES CERO, PASE A F4.]	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Contactos sexuales sin protección con una persona que es/era/estaba: [NINGUNO DE LOS VALORES DE F3c1 A F3c3 PUEDE SER MAYOR QUE EL VALOR DE F3b.]			
1. VIH positivo o tiene/tenía SIDA	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Usuaría de drogas inyectables	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Intoxicada con alguna sustancia	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. ¿Alguna vez se hizo la prueba del VIH?

- Sí [PASE A F4a.]
- No [PASE A F5.]
- SE NIEGA A CONTESTAR [PASE A F5.]
- NO SABE [PASE A F5.]

4a. ¿Conoce el resultado de su prueba del VIH?

- Sí
- No

F. PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA Y MENTAL Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN (continuación)

5. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?

- Muy pobre
- Pobre
- Ni pobre ni buena
- Buena
- Muy buena
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

6. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con respecto a su salud?

- Muy insatisfecho
- Insatisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho
- Satisfecho
- Muy satisfecho
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

7. ¿Tiene suficiente energía para la vida cotidiana?

- Casi nunca
- Un poco
- Moderadamente
- Casi siempre
- Absolutamente
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

8. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con respecto a su habilidad para llevar a cabo sus actividades diarias?

- Muy insatisfecho
- Insatisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho
- Satisfecho
- Muy satisfecho
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

9. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con usted mismo?

- Muy insatisfecho
- Insatisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho
- Satisfecho
- Muy satisfecho
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

F. PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA Y MENTAL Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN (continuación)

10. En los últimos días, no debido al consumo de alcohol o drogas, ¿cuántos días:

	Días	NC	NS
a. Tuvo depresión grave	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Tuvo ansiedad o tensión grave	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Tuvo alucinaciones	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Tuvo dificultad para comprender, concentrarse o recordar	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Tuvo problemas para controlar su temperamento violento	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Intentó suicidarse	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Le recetaron medicamentos para problemas psicológicos/emocionales	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[SI EL CLIENTE CONTESTA CERO DÍAS, NC O NS A TODAS LAS OPCIONES EN LA PREGUNTA F10 PASE A LA SECCIÓN F12.]

11. ¿En qué medida le han molestado/afectado estos problemas psicológicos o emocionales en los últimos 30 días?

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

VIOLENCIA Y TRAUMA

12. ¿Alguna vez vivió situaciones violentas o traumáticas en cualquier entorno (incluidas violencia comunitaria o escolar; violencia doméstica; violencia física, psicológica o maltrato/abuso sexual dentro o fuera de la familia; desastre natural; terrorismo; abandono; pérdida traumática)?

- SÍ
- NO [PASE A F13.]
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

[SI LA RESPUESTA ES “NO”, “SE NIEGA A CONTESTAR” O “NO SABE” PASE A F13.]

F. PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA Y MENTAL Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN (continuación)

¿Alguna de estas experiencias fue tan atemorizante, horrible o perturbadora que en el pasado y/o presente usted:

12a. ¿Ha tenido pesadillas o ha pensado en ellas cuando no quería hacerlo?

- SÍ
- NO
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

12b. ¿Se ha esforzado por no pensar en ellas o ha hecho hasta lo imposible para evitar situaciones que se las recuerden?

- SÍ
- NO
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

12c. ¿Ha estado constantemente en guardia, atento o se ha sobresaltado fácilmente?

- SÍ
- NO
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

12d. ¿Se ha sentido insensible y distante respecto a otras personas, las actividades que realiza o su entorno?

- SÍ
- NO
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

13. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia fue golpeado, pateado, abofeteado o herido físicamente?

- Nunca
- Algunas veces
- Más que algunas veces
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

G. CONEXIONES SOCIALES

1. En los últimos 30 días, ¿asistió voluntariamente a algún grupo de autoayuda para la recuperación que no estuviera afiliado a ninguna religión u organización basada en fe? En otras palabras, ¿participó en algún grupo no profesional, organizado por pares, dedicado a ayudar a individuos con problemas relacionados con la adicción, como por ejemplo: Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, La Casa Oxford, Organización Secular para la Sobriedad o Mujeres Sobrias, etc.?

SÍ

[SI RESPONDIÓ SÍ] ESPECIFIQUE CUÁNTAS VECES |____|____| SE NIEGA A CONTESTAR NO SABE

NO

SE NIEGA A CONTESTAR

NO SABE

2. En los últimos 30 días, ¿asistió a algún programa de autoayuda afiliado a alguna religión / organización basada en fe?

SÍ

[SI RESPONDIÓ SÍ] ESPECIFIQUE CUÁNTAS VECES |____|____| SE NIEGA A CONTESTAR NO SABE

NO

SE NIEGA A CONTESTAR

NO SABE

3. En los últimos 30 días, ¿asistió a alguna reunión de alguna organización de apoyo a la recuperación que no se haya mencionado arriba?

SÍ

[SI RESPONDIÓ SÍ] ESPECIFIQUE CUÁNTAS VECES |____|____| SE NIEGA A CONTESTAR NO SABE

NO

SE NIEGA A CONTESTAR

NO SABE

4. En los últimos 30 días, ¿interactuó con algún familiar/amigo que lo apoye en su recuperación?

SÍ

NO

SE NIEGA A CONTESTAR

NO SABE

5. ¿A quién acude cuando tiene problemas? **[SELECCIONE SOLAMENTE UNA RESPUESTA]**

NADIE

MIEMBRO DEL CLERO

FAMILIAR

AMIGOS

SE NIEGA A CONTESTAR

NO SABE

OTRO (ESPECIFIQUE): _____

6. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con respecto a sus relaciones personales?

- Muy insatisfecho
- Insatisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho
- Satisfecho
- Muy satisfecho
- SE NIEGA A CONTESTAR
- NO SABE

I. SITUACIÓN AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO

[INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA ACERCA DEL CLIENTE, SOLAMENTE EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO]

1. ¿Cuál es la situación del cliente en la entrevista de seguimiento? *[RESPUESTA OBLIGATORIA: NO SE ACEPTA NO CORRESPONDE, SE NIEGA A CONTESTAR, NO SABE O SIN COMPLETAR.]*

- 01 = Difunto/fallecido a la fecha de la entrevista
- 11 = Entrevista realizada en el plazo indicado
- 12 = Entrevista realizada fuera del plazo indicado
- 21 = Se ubicó al cliente pero se negó a participar en la entrevista, sin especificar
- 22 = Se ubicó al cliente, pero no se pudo acceder a la institución donde se encontraba
- 23 = Se ubicó al cliente pero no se pudo acceder
- 24 = Se ubicó al cliente, pero se retiró del proyecto
- 31 = No se pudo ubicar, se mudó, cambió de dirección
- 32 = No se pudo ubicar (Especifique)_____

2. ¿El cliente todavía recibe servicios de su programa?

- Sí
- No

[SI ESTA ES UNA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO PARE AHORA; LA ENTREVISTA HA TERMINADO]

J. SITUACIÓN AL MOMENTO DEL ALTA

[INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA ACERCA DEL CLIENTE, SOLAMENTE AL MOMENTO DEL ALTA.]

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

____|____| / ____|____| / ____|____|____|____|
MES DÍA AÑO

2. ¿Cuál es la situación del cliente al momento del alta?

- 01 = Finalizó el programa/graduado
- 02 = Cancelación

Si la participación del cliente se canceló, ¿cuál fue el motivo? [SELECCIONE UNA RESPUESTA.]

- 01 = Abandonó por su propia decisión en contra de las recomendaciones del personal, con progreso satisfactorio
- 02 = Abandonó por su propia decisión en contra de las recomendaciones del personal, sin progreso satisfactorio.
- 03 = Dado de baja en contra de su voluntad debido a la falta de participación.
- 04 = Dado de baja en contra de su voluntad debido a violaciones de las reglas.
- 05 = Derivado a otro programa u otros servicios, con progreso satisfactorio.
- 06 = Derivado a otro programa u otros servicios, sin progreso satisfactorio
- 07 = Encarcelado debido a un delito cometido durante el tratamiento, con progreso satisfactorio.
- 08 = Encarcelado por un delito cometido durante tratamiento, sin progreso satisfactorio.
- 09 = Encarcelado debido a una orden de detención o cargos previos al ingreso al tratamiento, con progreso satisfactorio.
- 10 = Encarcelado debido a una orden de detención o cargos previos al ingreso al tratamiento, sin progreso satisfactorio.
- 11 = Transferido a otras instalaciones por razones médicas/de salud.
- 12 = Fallecido/Difunto/Muerto
- 13 = Otra (Especifique) _____

3. ¿El programa le hizo al cliente la prueba del VIH?

- Sí [PASE A LA SECCIÓN K.]
- No [PASE A J4.]

4. [SI LA RESPUESTA ES NO] ¿El programa derivó al cliente para que se hiciera la prueba?

- Sí
- No

K. SERVICIOS RECIBIDOS

[INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA ACERCA DEL CLIENTE, SOLAMENTE AL MOMENTO DEL ALTA.]

Identifique la cantidad de DÍAS que el cliente recibió servicios durante el tratamiento/ la recuperación.

[MARQUE CERO SI NO SE LE PROPORCIONARON SERVICIOS. DEBE TENER POR LO MENOS UN DÍA POR MODALIDAD.]

Modalidad

- 1. Gestión de casos
- 2. Tratamiento durante el día
- 3. Internación/Hospital (No por desintoxicación) | | | |
- 4. Tratamiento ambulatorio
- 5. Extensión comunitaria
- 6. Tratamiento ambulatorio intensivo
- 7. Metadona
- 8. Tratamiento Residencial/Rehabilitación | | | |
- 9. Desintoxicación (Seleccione solo una opción):
 - A. Internación hospitalaria
 - B. Residencial independiente
 - C. Desintoxicación ambulatoria
- 10. Cuidado después del tratamiento
- 11. Apoyo para la recuperación
- 12. Otro (Especifique) _____

Identifique la cantidad de SESIONES que el cliente recibió servicios durante el tratamiento/ la recuperación. [MARQUE CERO SI NO SE LE PROPORCIONARON SERVICIOS.]

Servicios de tratamiento Sesiones
[CONCESIONES DE SBIRT: DEBEN TENER AL MENOS UNA SESIÓN PARA UNO DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO QUE FIGURAN EN LOS NUMERALES 1 A 4.]

- 1. Evaluación preliminar | | | |
- 2. Intervención breve | | | |
- 3. Tratamiento breve | | | |
- 4. Derivación a tratamiento | | | |
- 5. Evaluación | | | |
- 6. Planificación del tratamiento/ la recuperación | | | |
- 7. Terapia individual | | | |
- 8. Terapia grupal | | | |
- 9. Terapia familiar/de pareja | | | |
- 10. Tratamientos/Servicios recuperación concurrentes | | | |
- 11. Intervenciones farmacológicas | | | |

- 12. Asesoramiento sobre VIH/SIDA | | | |
- 13. Otros servicios clínicos (Especifique) _____ | | | |

Servicios de de gestión de casos Sesiones

- 1. Servicios para la familia (incluidas educación conyugal, educación para padres y desarrollo infantil) | | | |
- 2. Cuidado infantil | | | |
- 3. Servicio de empleo
 - A. Previos al empleo | | | |
 - B. Orientación para el empleo | | | |
- 4. Coordinación de servicios individuales | | | |
- 5. Transporte | | | |
- 6. Servicios sobre VIH/SIDA | | | |
- 7. Servicios de alojamiento transitorio de apoyo en lugares libres de drogas. | | | |
- 8. Otros servicios de gestión de casos (Especifique) _____ | | | |

Servicios médicos Sesiones

- 1. Atención médica | | | |
- 2. Pruebas de detección de drogas/alcohol | | | |
- 3. Pruebas y apoyo médico para VIH/SIDA | | | |
- 4. Otros servicios médicos (Especifique) _____ | | | |

Servicios posteriores al tratamiento/intervención Sesiones

- 1. Cuidado continuo | | | |
- 2. Prevención de recaídas | | | |
- 3. Orientación durante la recuperación | | | |
- 4. Autoayuda y grupos de apoyo | | | |
- 5. Apoyo espiritual | | | |
- 6. Otros servicios posteriores al tratamiento/la intervención (Especifique) _____ | | | |

Servicios educativos Sesiones

- 1. Educación sobre abuso de sustancias | | | |
- 2. Educación sobre VIH/SIDA | | | |
- 3. Otros servicios educativos (Especifique) _____ | | | |

Servicios de apoyo entre pares para la recuperación Sesiones

- 1. Orientación o tutoría de pares | | | |

- 2. Apoyo para vivienda
- 3. Actividades sociales libres de alcohol y drogas
- 4. Información y derivaciones
- 5. Otros servicios de apoyo entre pares para la recuperación (Especifique) _____