

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

## **Centro de Tratamiento del Abuso de Sustancias (CSAT)**

### **Medidas de resultados de los clientes para programas discrecionales de la Ley de Desempeño y Resultados del Gobierno (GPRA)**

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 36 minutos por respuesta, incluido el tiempo que lleva revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información, si se le hacen todas las preguntas a un cliente/participante. Como los prestadores de servicios médicos ya obtienen gran parte de esta información durante la admisión o el seguimiento constantes de los clientes/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 0930-0208.

*[Esta página se dejó en blanco intencionalmente]*

## Índice

A.	GESTIÓN DE REGISTROS .....	1
A.	DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL .....	2
A.	SERVICIOS PLANIFICADOS .....	8
A.	DATOS DEMOGRÁFICOS .....	9
A.	FAMILIAS DE MILITARES Y DESPLIEGUE POR MOTIVOS MILITARES.....	10
B.	CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL.....	12
C.	FAMILIA Y CONDICIONES DE VIDA .....	14
D.	EDUCACIÓN, EMPLEO E INGRESOS .....	16
E.	SITUACIÓN PENAL Y RELACIONADA CON LA JUSTICIA PENAL .....	17
F.	PROBLEMAS DE SALUD MENTALES Y FÍSICOS, Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN .....	18
F.	VIOLENCIA Y TRAUMA .....	21
G.	RELACIONES SOCIALES .....	23
H.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	24
H1.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	25
H2.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	26
H3.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	27
H4.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	28
H5.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	29
H6.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	30
H7.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	31
H8.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	33
H9.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	34
H10.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	35
I.	ESTADO DE SEGUIMIENTO.....	37
J.	ESTADO DEL ALTA MÉDICA .....	37
K.	SERVICIOS RECIBIDOS.....	39

*[Esta página se dejó en blanco intencionalmente]*

---

## A. GESTIÓN DE REGISTROS

ID del cliente | | | | | | | | | | | | | | | |

Tipo de cliente:

- Cliente en tratamiento
- Cliente en recuperación

ID del contrato/subvención | | | | | | | | | | | | | | | |

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

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

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

Seguimiento de 3 meses **[SOLO PARA EL CATÁLOGO DE PRESTACIONES PARA ADOLESCENTES]:**  
¿Realizó una entrevista de seguimiento?  Sí  No  
**[SI LA RESPUESTA ES NO, PASE DIRECTAMENTE A LA SECCIÓN I.]**

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

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

## A. DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL

[INFORMADOS POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA.]

Indique los diagnósticos actuales relacionados con la salud conductual del cliente usando los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.<sup>a</sup> 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, Quinta Edición (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
<b><u>DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS</u></b>				
<b><u>Trastornos relacionados con el consumo de alcohol</u></b>				
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"/>
<b><u>Trastornos relacionados con el consumo de opioides</u></b>				
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"/>
<b><u>Trastornos relacionados con el consumo de cannabis</u></b>				
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"/>
<b><u>Trastornos relacionados con el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos</u></b>				
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"/>

## A. 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
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"/>
<b><u>Trastornos relacionados con el consumo de cocaína</u></b>				
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"/>
<b><u>Trastornos relacionados con el consumo de otros estimulantes</u></b>				
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"/>
<b><u>Trastornos relacionados con el consumo de alucinógenos</u></b>				
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"/>
<b><u>Trastornos relacionados con el consumo de inhalantes</u></b>				
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"/>

## A. 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
<b><u>Trastornos relacionados con el consumo de otras sustancias psicoactivas</u></b>				
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"/>
<b><u>Dependencia a la nicotina</u></b>				
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"/>
<b><u>DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL</u></b>				
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 maníaco	<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"/>

## A. 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

## A. DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL (CONTINUACIÓN)

1. En los últimos 30 días, ¿se le diagnosticó un trastorno de consumo de opioides a este cliente?

- Sí
- No [VAYA AL PUNTO 2.]
- No sabe [VAYA AL PUNTO 2.]

a. [EN CASO AFIRMATIVO] En los últimos 30 días, ¿qué medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE. UU. (FDA) recibió el cliente para tratar este trastorno de consumo de opioides? [MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]

- Metadona [SI LO RECIBIÓ] Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_|\_\_|
- Buprenorfina [SI LO RECIBIÓ] Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_|\_\_|
- Naltrexona [SI LO RECIBIÓ] Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_|\_\_|
- Naltrexona de liberación prolongada [SI LO RECIBIÓ] Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_|\_\_|
- El cliente no recibió un medicamento aprobado por la FDA para tratar un trastorno de consumo de opioides
- No sabe

2. En los últimos 30 días, ¿se le diagnosticó un trastorno de consumo de alcohol a este cliente?

- Sí
- No [VAYA AL PUNTO 3 SI ES LA ADMISIÓN. VAYA A LA SECCIÓN B SI ES EL SEGUIMIENTO O EL ALTA MÉDICA.]
- No sabe [VAYA AL PUNTO 3 SI ES LA ADMISIÓN.] VAYA A LA SECCIÓN B SI ES EL SEGUIMIENTO O EL ALTA MÉDICA.]

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

- Naltrexona [SI LO RECIBIÓ] Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_|\_\_|
- Naltrexona de liberación prolongada [SI LO RECIBIÓ] Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_|\_\_|
- Disulfiram [SI LO RECIBIÓ] Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_|\_\_|
- Acamprosato [SI LO RECIBIÓ] Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_|\_\_|
- El cliente no recibió un medicamento aprobado por la FDA para tratar un trastorno de consumo de alcohol
- No sabe

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

3. ¿El programa le realizó una prueba de detección al cliente para determinar si tenía trastornos de la salud mental y de consumo de sustancias simultáneos?

- SÍ
- NO [VAYA A LA SECCIÓN 3a.]

3a. [EN CASO AFIRMATIVO] ¿La prueba de detección de trastornos de la salud mental y de consumo de sustancias simultáneos le dio positiva al cliente?

- SÍ
- NO

[SI SE TRATA DE SUBVENCIONES DE DETECCIÓN, INTERVENCIÓN BREVE Y DERIVACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO (SBIRT), CONTINÚE. DE LO CONTRARIO, VAYA A LA SECCIÓN A. "SERVICIOS PLANIFICADOS".]

---

**A. DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL (CONTINUACIÓN)**

*ESTA SECCIÓN ES ÚNICAMENTE PARA SUBVENCIONES DE SBIRT [LOS PUNTOS 4, 4A Y 5 SOLAMENTE SE INFORMAN DURANTE LA ADMISIÓN/EN EL PERÍODO INICIAL.]*

**4. ¿Cuál fue el resultado de la prueba de detección de SBIRT del cliente?**

- NEGATIVO
- POSITIVO

**4a. ¿Cuál fue su puntaje de detección?**

Prueba de identificación de trastornos de consumo de alcohol (AUDIT) = |\_\_|\_\_|

CAGE = |\_\_|\_\_|

Prueba de detección de abuso de drogas (DAST) = |\_\_|\_\_|

DAST-10 = |\_\_|\_\_|

Guía del Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo  
(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA) = |\_\_|\_\_|

Prueba de detección de alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias  
(ASSIST)/Subpuntaje de alcoholismo = |\_\_|\_\_|

Otro (especifique) = |\_\_|\_\_|

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

**5. ¿El cliente desea continuar participando en el programa de SBIRT?**

- SÍ
- NO

## A. SERVICIOS PLANIFICADOS

**[SEGÚN LO INFORMADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA RESPECTO DEL CLIENTE SOLAMENTE DURANTE LA ADMISIÓN/EL PERÍODO INICIAL.]**

Identifique los servicios que planea proporcionarle al cliente durante el transcurso del tratamiento/la recuperación del cliente. **[SELECCIONE “SÍ” O “NO” PARA CADA CASO.]**

Modalidad	Sí	No
<b>[SELECCIONE AL MENOS UNA MODALIDAD.]</b>		
1. Administración de casos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tratamiento durante el día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Internación/hospitalización (por cualquier causa distinta de la desintoxicación)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tratamiento ambulatorio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Extensión comunitaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tratamiento ambulatorio intensivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Metadona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Tratamiento residencial/rehabilitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Desintoxicación (seleccione solo una opción)		
A. Internación hospitalaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Tratamiento residencial autónomo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. Desintoxicación ambulatoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Cuidado postratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Apoyo durante la recuperación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Otro (especifique) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Servicios de tratamiento	Sí	No
<b>[SUBVENCIONES DE SBIRT: DEBE SELECCIONAR “SÍ” AL MENOS EN UN SERVICIO DE TRATAMIENTO DE LAS OPCIONES 1 A 4.]</b>		
1. Detección	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Intervención breve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tratamiento breve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Derivación para recibir tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Evaluación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Planificación de tratamiento/recuperación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Terapia individual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Terapia grupal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terapia familiar/matrimonial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Servicios de tratamiento/recuperación simultáneos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Intervenciones farmacológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Terapia de VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Otros servicios clínicos (especifique) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Servicios de administración de casos	Sí	No
1. Servicios para la familia (incluidos los servicios de educación matrimonial, crianza y crecimiento infantil)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Atención pediátrica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Servicios de empleo		
A. Servicios anteriores al empleo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Preparación para el empleo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Coordinación de servicios individuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Servicio relacionado con el VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Servicios de vivienda temporaria de apoyo sin drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Otros servicios de administración de casos (especifique) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Servicios médicos	Sí	No
1. Atención médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Pruebas de alcoholismo/drogadicción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Pruebas y apoyo para el VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Otros servicios médicos (especifique) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Servicios de cuidado postratamiento	Sí	No
1. Atención continua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Prevención de recaídas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Preparación para la recuperación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Grupos de autoayuda y de apoyo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Apoyo espiritual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Otros servicios de cuidado postratamiento (especifique) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Servicios educativos	Sí	No
1. Educación sobre el abuso de sustancias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Educación sobre el VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Otros servicios educativos (especifique) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Servicios de apoyo entre pares durante la recuperación	Sí	No
1. Orientación o tutoría entre pares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Apoyo relacionado con la vivienda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Actividades sociales sin alcohol ni drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Información y derivaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Otros servicios de apoyo entre pares durante la recuperación (especifique) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## A. DATOS DEMOGRÁFICOS

[SE PREGUNTA SOBRE ELLOS SOLAMENTE DURANTE LA ADMISIÓN/EL PERÍODO INICIAL.]

1. ¿Cuál es su género?

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

2. ¿Es usted hispano o latino?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR

[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 (ESPECIFIQUE) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> [EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE ABAJO.]

3. ¿De qué raza es? Conteste “sí” o “no” a cada una de las preguntas siguientes. Puede contestar “sí” a más de una.

Raza	Sí	No	Se negó a contestar
Negro o afroamericano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiático	<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"/>
Nativo de Alaska	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blanco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nativo americano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?\*

\_\_\_\_|\_\_\_\_| / \_\_\_\_|\_\_\_\_|    [\*EL SISTEMA SOLO GUARDA EL MES Y EL AÑO.  
Mes                      Día                      PARA MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD, NO SE GUARDA EL DÍA.]

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
Año

- SE NEGÓ A CONTESTAR

---

## A. FAMILIAS DE MILITARES Y DESPLIEGUE POR MOTIVOS MILITARES

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

- NO
- SÍ, EN LAS FUERZAS ARMADAS
- SÍ, EN LAS RESERVAS
- SÍ, EN LA GUARDIA NACIONAL
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

**[SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, SE NEGÓ A CONTESTAR O NO SABE, VAYA A LA PREGUNTA A6.]**

5a. **¿Actualmente está prestando servicios en las Fuerzas Armadas, la Reserva o la Guardia Nacional? [SI ESTÁ ACTIVO] ¿En qué área de las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional está prestando servicios?**

- NO, SE DESVINCULÓ O SE JUBILÓ 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 NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

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

- NUNCA
- IRAK O AFGANISTÁN (POR EJ., Operación Libertad Duradera [OEF]/ Operación Libertad para Irak [OIF]/ Operación Nuevo Amanecer [OND])
- GOLFO PÉRSICO (OPERACIÓN ESCUDO DEL DESIERTO O TORMENTA DEL DESIERTO)
- VIETNAM/SUDESTE ASIÁTICO
- COREA
- SEGUNDA GUERRA MUNDIAL
- ENVIADO A UNA ZONA DE COMBATE NO INCLUIDA ANTERIORMENTE (POR EJ., BOSNIA/SOMALIA)
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

**[BENEFICIARIOS DE LA SUBVENCIÓN DE SBIRT: EN EL CASO DE LOS CLIENTES CUYA PRUEBA DE DETECCIÓN DIO NEGATIVA, LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN AHORA ESTÁ COMPLETA.]**

## A. FAMILIAS DE MILITARES Y DESPLIEGUE POR MOTIVOS MILITARES (CONTINUACIÓN)

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

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

*[SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, SE NEGÓ A CONTESTAR O NO SABE, VAYA A LA SECCIÓN B.]*

*[SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, PUEDE PROPORCIONAR RESPUESTAS RESPECTO DE 6 PERSONAS COMO MÁXIMO.] ¿Cuál es el parentesco entre usted y esa persona (miembro del servicio)? [ESCRIBA EL PARENTESCO EN LA PARTE SUPERIOR DE LA COLUMNA.]*

- 1 = Madre                      2 = Padre  
 3 = Hermano                4 = Hermana  
 5 = Cónyuge                6 = Pareja  
 7 = Hijo/a                    8 = Otro (especifique) \_\_\_\_\_

¿El miembro del servicio experimentó algo de lo siguiente? [MARQUE LA RESPUESTA EN LA COLUMNA ADECUADA PARA TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]	(Parentesco) 1.	(Parentesco) 2.	(Parentesco) 3.	(Parentesco) 4.	(Parentesco) 5.	(Parentesco) 6.
6a. ¿Fue desplazado para apoyar operaciones de combate (por ej., Irak o Afganistán)?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ 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 NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE
6c. ¿Desarrolló síntomas de estrés relacionados con el combate/dificultades para adaptarse luego de ser desplazado, incluido el trastorno de estrés posttraumático (PTSD), depresión o pensamientos suicidas?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE
6d. ¿Murió o lo mataron?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE

## B. CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL

	Cantidad de días	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
<b>1. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces consumió lo siguiente?</b>			
a. Cualquier tipo de alcohol <i>[SI LA RESPUESTA ES CERO, VAYA AL PUNTO B1c.]</i>	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b1. Alcohol hasta intoxicarse (más de 5 tragos en una sola ocasión)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b2. Alcohol hasta intoxicarse (menos de 4 tragos en una sola ocasión y se sintió intoxicado)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Drogas ilegales <i>[SI LA RESPUESTA AL PUNTO B1a O B1c ES 0, SE NEGÓ A CONTESTAR (SNC), NO SABE (NS), VAYA AL PUNTO 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. Cigarrillo 4. Inyección no intravenosa (I.V.) 5. I.V.  
 \*ANOTE LA VÍA HABITUAL. SI SE USÓ MÁS DE UNA VÍA, ELIJA LA MÁS GRAVE. LAS VÍAS SE ENUMERAN DE LA MENOS GRAVE (1) A LA MÁS (5) GRAVE.

<b>2. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces consumió algo de lo siguiente? <i>[SI EL VALOR DE CUALQUIERA DE LOS PUNTOS B2a A B2i ES &gt;0, EL VALOR DE B1c DEBE SER &gt;0.]</i></b>			
	Cantidad de días	SNC NS	Vía* SNC NS
a. Cocaína/crack	_ _ _	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_ _ _  <input type="radio"/> <input type="radio"/>
b. Marihuana/hachís (mota, porro, puro relleno de marihuana, marihuana de muy buena calidad, hierba, María Juana)	_ _ _	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_ _ _  <input type="radio"/> <input type="radio"/>
c. Opiáceos:			
1. Heroína (Smack, H, Junk, Skag)	_ _ _	<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 no recetada	_ _ _	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_ _ _  <input type="radio"/> <input type="radio"/>
e. Alucinógenos/psicodélicos, PCP (Angel Dust, Ozone, Wack, Rocket Fuel), MDMA (éxtasis, XTC, X, Adam), LSD (ácido, boomer, yellow sunshine), hongos o mescalina	_ _ _	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_ _ _  <input type="radio"/> <input type="radio"/>
f. Metanfetamina u otras anfetaminas (meta, estimulantes, Speed, hielo, tiza, cristal, vidrio, Fire, Crank)	_ _ _	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_ _ _  <input type="radio"/> <input type="radio"/>

## B. CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL (CONTINUACIÓN)

### Tipos de vías de administración:

1. Oral 2. Nasal 3. Fumado 4. Inyección no I.V. 5. I.V.

\*ANOTE LA VÍA HABITUAL. SI SE USÓ MÁS DE UNA VÍA, ELIJA LA MÁS GRAVE. LAS VÍAS SE ENUMERAN DE LA MENOS GRAVE (1) A LA MÁS (5) GRAVE.

### 2. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces consumió algo de lo siguiente? [SI EL VALOR DE CUALQUIERA DE LOS PUNTOS B2a A B2i ES >0, EL VALOR DE B1c DEBE SER >0.]

	Cantidad de días		SNC NS		Vía*		SNC NS	
g. 1. Benzodiacepinas: diazepam (Valium), alprazolam (Xanax), triazolam (Halcion) y estasolam (Prosom y Rohypnol, 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 no recetado (conocido como Grievous Bodily Harm, éxtasis líquido y Georgia Home Boy)	_	_	<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 (poppers, crujidores, rush, aerosoles de crema batida)	_	_	<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. Durante los últimos 30 días, ¿se ha inyectado drogas? [SI CUALQUIER VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE LOS PUNTOS B2a A B2i ES IGUAL A 4 o 5, ENTONCES B3 TIENE QUE SER = SÍ.]

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

[SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, SE NEGÓ A CONTESTAR O NO SABE, VAYA A LA SECCIÓN C.]

### 4. Durante los últimos 30 días, ¿con que frecuencia utilizó una jeringa/aguja, cocina, 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 NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

## C. FAMILIA Y CONDICIONES DE VIDA

1. **En los últimos 30 días, ¿dónde ha estado viviendo la mayor parte del tiempo? [NO LE LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTAS AL CLIENTE.]**
- EN UN REFUGIO (LUGAR SEGURO, CENTRO TRANSITORIO [TLC], ALOJAMIENTO DE BAJA DEMANDA, OTROS ALOJAMIENTOS TRANSITORIOS PARA EL DÍA O LA NOCHE)
  - EN LA CALLE/AL AIRE LIBRE (ACERA, ENTRADA, PARQUE, EDIFICIO PÚBLICO O ABANDONADO)
  - INSTITUCIÓN (HOSPITAL, RESIDENCIA DE ANCIANOS, CÁRCEL/PRISIÓN)
  - EN UNA CASA: **[SI TIENE CASA, SELECCIONE LA SUBCATEGORÍA CORRESPONDIENTE:]**
    - APARTAMENTO, CASA O HABITACIÓN PROPIOS O ALQUILADOS
    - APARTAMENTO, CASA O HABITACIÓN DE OTRA PERSONA
    - DORMITORIO/RESIDENCIA UNIVERSITARIA
    - HOGAR DE TRANSICIÓN
    - TRATAMIENTO RESIDENCIAL
    - OTRO TIPO DE VIVIENDA (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
  - SE NEGÓ A CONTESTAR
  - NO SABE
2. **¿Cuán satisfecho ha estado con las condiciones del lugar donde vive?**
- Muy insatisfecho
  - Insatisfecho
  - Ni satisfecho ni insatisfecho
  - Satisfecho
  - Muy satisfecho
  - SE NEGÓ A CONTESTAR
  - NO SABE
3. **Durante los últimos 30 días, ¿cuánto estrés tuvo debido al consumo de alcohol u otras drogas? [SI EL VALOR DE B1a Q B1c ES >0, C3 NO PUEDE SER “NO CORRESPONDE”.]**
- Nada
  - Un poco
  - Considerablemente
  - Extremadamente
  - NO CORRESPONDE [USE ESTA OPCIÓN SOLAMENTE SI EL VALOR DE B1a Y B1c ES 0.]
  - SE NEGÓ A CONTESTAR
  - NO SABE
4. **Durante los últimos 30 días, ¿el consumo de alcohol u otras drogas le hizo disminuir o abandonar actividades importantes? [SI EL VALOR DE B1a Q B1c ES >0, C4 NO PUEDE SER “NO CORRESPONDE”.]**
- Nada
  - Un poco
  - Considerablemente
  - Extremadamente
  - NO CORRESPONDE [USE ESTA OPCIÓN SOLAMENTE SI EL VALOR DE B1a Y B1c ES 0.]
  - SE NEGÓ A CONTESTAR
  - NO SABE

## C. FAMILIA Y CONDICIONES DE VIDA (CONTINUACIÓN)

5. Durante los últimos 30 días, ¿el consumo de alcohol u otras drogas le provocó problemas emocionales? *[SI EL VALOR DE B1a Q B1c ES >0, C5 NO PUEDE SER “NO CORRESPONDE”.]*

- Nada
- Un poco
- Considerablemente
- Extremadamente
- NO CORRESPONDE *[USE ESTA OPCIÓN SOLAMENTE SI EL VALOR DE B1a Y B1c ES 0.]*
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

6. *[SI NO ES HOMBRE]* ¿Está embarazada actualmente?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

7. ¿Tiene hijos?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

*[SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, SE NEGÓ A CONTESTAR O NO SABE, VAYA A LA SECCIÓN D.]*

a. ¿Cuántos hijos tiene? *[SI LA RESPUESTA DE C7 ES AFIRMATIVA, EL VALOR DE C7a DEBE SER >0.]*

\_\_\_\_ | \_\_\_\_ |     SE NEGÓ A CONTESTAR     NO SABE

b. ¿Alguno de sus hijos vive con otra persona debido a una orden judicial de protección de menores?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

*[SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, SE NEGÓ A CONTESTAR O NO SABE, VAYA AL PUNTO C7D.]*

c. *[SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA]* ¿Cuántos de sus hijos viven con otra persona debido a una orden judicial de protección de menores? *[EL VALOR DE C7c NO PUEDE SUPERAR EL VALOR DE C7a.]*

\_\_\_\_ | \_\_\_\_ |     SE NEGÓ A CONTESTAR     NO SABE

d. ¿De cuántos de sus hijos perdió la patria potestad? *[LOS DERECHOS DE PATRIA POTESTAD DEL CLIENTE SE ANULARON.] [EL VALOR DEL PUNTO C7d NO PUEDE SUPERAR EL VALOR DE C7a.]*

\_\_\_\_ | \_\_\_\_ |     SE NEGÓ A CONTESTAR     NO SABE

## D. EDUCACIÓN, EMPLEO E INGRESOS

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

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

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

- NO ASISTIÓ NUNCA
- 1.º GRADO
- 2.º GRADO
- 3.º GRADO
- 4.º GRADO
- 5.º GRADO
- 6.º GRADO
- 7.º GRADO
- 8.º GRADO
- 9.º GRADO
- 10.º GRADO
- 11.º GRADO
- 12.º GRADO/TÍTULO DE SECUNDARIA/EQUIVALENTE
- 1.º AÑO DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS COMPLETADO
- 2.º AÑO DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS COMPLETADO/GRADO DE ASOCIADO (ASSOCIATE OF ARTS [AA], ASSOCIATE OF SCIENCE [AS])
- 3.º AÑO DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS COMPLETADO
- TÍTULO DE GRADO (BACHELOR OF ARTS [BA], BACHELOR OF SCIENCE [BS]) O SUPERIOR
- PROGRAMA VOCACIONAL/TÉCNICO POSTERIOR A LA SECUNDARIA, PERO NO OBTUVO UN TÍTULO VOC./TÉC.
- TÍTULO VOCACIONAL/TÉCNICO POSTERIOR A LA SECUNDARIA
- 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 CLIENTE TRABAJÓ O TUVO UN TRABAJO REGULAR, PERO FALTÓ AL TRABAJO.] SI EL CLIENTE SELECCIONÓ LA OPCIÓN “INSCRITO A TIEMPO COMPLETO” EN D1 E INDICA “EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO” EN D3, PÍDALE QUE ACLARE LA SITUACIÓN. SI EL CLIENTE ESTÁ ENCARCELADO Y NO TIENE EMPLEO FUERA DE LA CÁRCEL, SELECCIONE LA OPCIÓN “DESEMPLEADO, NO ESTÁ BUSCANDO TRABAJO” EN EL PUNTO D3.]**

- EMPLEADO DE 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

## D. EDUCACIÓN, EMPLEO E INGRESOS (CONTINUACIÓN)

4. Aproximadamente, ¿cuánto dinero recibió USTED en los últimos 30 días (ingresos individuales previos a la deducción de impuestos) como resultado de... *[SI NO SE ELIGIÓ LA OPCIÓN “EMPLEADO” EN EL PUNTO D3 Y EL VALOR DE D4a ES MAYOR QUE CERO, INDAGUE MÁS. SI SE SELECCIONÓ LA OPCIÓN “DESEMPLEADO, PERO BUSCANDO TRABAJO” EN EL PUNTO D3 Y EL VALOR DE D4b ES 0, INDAGUE MÁS. SI SE SELECCIONÓ “DESEMPLEADO, JUBILADO” EN EL PUNTO D3 Y EL VALOR DE D4c ES 0, INDAGUE MÁS. SI SE SELECCIONÓ LA OPCIÓN “DESEMPLEADO, DISCAPACITADO” EN EL PUNTO D3 Y EL VALOR DE D4d ES 0, INDAGUE MÁS.]*

		SNC	NS
a. Salarios	\$  ____ ,  ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Asistencia pública	\$  ____ ,  ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Jubilación	\$  ____ ,  ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Discapacidad	\$  ____ ,  ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Ingresos ilegales	\$  ____ ,  ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Familiares y/o amigos	\$  ____ ,  ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Otro (especifique) _____	\$  ____ ,  ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. ¿Ha tenido dinero suficiente para satisfacer sus necesidades?

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Casi siempre
- Completamente
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

## 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 NO TUVO ARRESTOS, VAYA AL PUNTO E3.]*

2. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces lo arrestaron por cometer delitos relacionados con drogas? *[EL VALOR DE E2 NO PUEDE SUPERAR EL VALOR DE E1.]*

|\_\_\_\_| |\_\_\_\_| VECES       SE NEGÓ A CONTESTAR       NO SABE

3. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas noches estuvo en prisión/en la cárcel? *[SI EL VALOR DE E3 ES MAYOR DE 15, SE DEBE SELECCIONAR “INSTITUCIÓN (CÁRCEL/PRISIÓN)” EN C1. [SI SE SELECCIONÓ “INSTITUCIÓN (CÁRCEL/PRISIÓN)” EN EL PUNTO C1, EL VALOR DE E3 DEBE SER IGUAL O MAYOR QUE 15].*

|\_\_\_\_| |\_\_\_\_| NOCHES       SE NEGÓ A CONTESTAR       NO SABE

4. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces cometió delitos? *[VERIFIQUE LA CANTIDAD DE DÍAS EN QUE SE CONSUMIERON DROGAS ILEGALES EN EL PUNTO B1c. LA RESPUESTA DE E4 DEBE SER IGUAL A O MAYOR QUE EL NÚMERO DE B1c PORQUE EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES ES UN DELITO.]*

|\_\_\_\_| |\_\_\_\_| VECES       SE NEGÓ A CONTESTAR       NO SABE

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

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

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

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

---

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

1. ¿Cómo calificaría su salud general ahora mismo?

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

2. Durante los últimos 30 días, ¿recibió:

a. Tratamiento hospitalario para:

[EN CASO AFIRMATIVO]

	SÍ	En total, ¿durante cuántas noches?	NO	SE NEGÓ	NO SABE
i. Molestia física	<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 de sustancias	<input type="radio"/>	_____ noches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

b. Tratamiento ambulatorio para:

[EN CASO AFIRMATIVO]

	SÍ	En total, ¿cuántas veces?	NO	SE NEGÓ	NO SABE
i. Molestia física	<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 de sustancias	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

c. Tratamiento en la sala de emergencias para:

[EN CASO AFIRMATIVO]

	SÍ	En total, ¿cuántas veces?	NO	SE NEGÓ	NO SABE
i. Molestia física	<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 de sustancias	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

- Sí
- No [VAYA A LA PREGUNTA F4.]
- NO SE PUEDE HACER LA PREGUNTA [VAYA A LA PREGUNTA F4.]
- SE NEGÓ A CONTESTAR [VAYA A LA PREGUNTA F4.]
- NO SABE [VAYA A LA PREGUNTA F4.]

[EN CASO AFIRMATIVO] Indique cuántas veces en total:

	Contactos	SNC	NS
a. ¿Cuántos contactos sexuales (vaginales, orales o anales) tuvo?	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Cuántos contactos sexuales sin protección tuvo? [EL VALOR DE F3b NO PUEDE SUPERAR EL VALOR DE F3a.] [SI LA RESPUESTA ES 0, VAYA A LA PREGUNTA F4.]	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Los contactos sexuales sin protección fueron con una persona que [NINGÚN VALOR DE LOS PUNTOS F3c1 A F3c3 PUEDE SUPERAR EL VALOR DE F3b.]			
1. es o era positiva para VIH o tiene SIDA	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. se inyecta/inyectaba drogas	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. está/estaba intoxicada con alguna sustancia	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 4. ¿Alguna vez se hizo la prueba de VIH?

- Sí [VAYA A LA PREGUNTA F4a.]
- No [VAYA A LA PREGUNTA F5.]
- SE NEGÓ A CONTESTAR [VAYA A LA PREGUNTA F5.]
- NO SABE [VAYA A LA PREGUNTA F5.]

#### a. ¿Sabe el resultado de su prueba de VIH?

- Sí
- No

### 5. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?

- Muy mala
- Mala
- Ni buena ni mala
- Buena
- Muy buena
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

---

## **F. PROBLEMAS DE SALUD MENTALES Y FÍSICOS, Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN (CONTINUACIÓN)**

**6. ¿Cuán satisfecho se ha sentido con su salud?**

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

**7. ¿Ha tenido suficiente energía para la vida cotidiana?**

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Casi siempre
- Completamente
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

**8. ¿Cuán satisfecho se ha sentido con respecto a su capacidad para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria?**

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

**9. ¿Cuán satisfecho ha estado con usted mismo?**

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

---

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

10. Por una causa distinta del consumo de alcohol o drogas, ¿cuántos días en los últimos 30 días:

	Días	SNC	NS
a. tuvo depresión grave	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. tuvo ansiedad o tensión graves	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. tuvo alucinaciones	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. tuvo problemas para comprender, concentrarse o recordar cosas	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. tuvo problemas para controlar conductas violentas	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. intentó suicidarse	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. se le recetó un medicamento para un problema psicológico/emocional	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*[SI EL CLIENTE CONTESTA CERO DÍAS, SNC O NS EN TODAS LAS OPCIONES DE LA PREGUNTA F10, VAYA A LA SECCIÓN F12.]*

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

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Considerablemente
- Extremadamente
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

---

## F. VIOLENCIA Y TRAUMA

12. ¿Alguna vez ha sufrido violencia o traumas en cualquier contexto (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
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

*[SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, SE NEGÓ A CONTESTAR O NO SABE, VAYA AL PUNTO F13.]*

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

12a. ¿Ha tenido o tiene pesadillas sobre eso o ha pensado o piensa en ello sin querer hacerlo?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

---

## F. VIOLENCIA Y TRAUMA (CONTINUACIÓN)

12b. ¿Se ha esforzado o se esfuerza por no pensar en eso o evitar situaciones que se lo recuerden?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

12c. ¿Ha estado o está constantemente en alerta o atento o se ha sobresaltado con facilidad?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

12d. ¿Se ha sentido o se siente insensible y distante de las demás personas, actividades o su entorno?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

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

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

## G. RELACIONES SOCIALES

1. En los últimos 30 días, ¿asistió voluntariamente a algún grupo de autoayuda que no estuviera afiliado a ninguna religión u organización basada en la fe para recuperarse? En otras palabras, ¿participó en alguna organización no profesional y organizada por pares dedicada a ayudar a las personas con problemas relacionados con adicciones, como Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, la Casa Oxford (Oxford House), Organizaciones Seculares por la Sobriedad (Secular Organizations for Sobriety) o Mujeres por la Sobriedad (Women for Sobriety), etc.?
- SÍ [SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA]  
ESPECIFIQUE CUÁNTAS VECES \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_|  SE NEGÓ A CONTESTAR  NO SABE
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE
2. En los últimos 30 días, ¿asistió a algún grupo de autoayuda afiliado a alguna religión/fe para recuperarse?
- SÍ [SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA]  
ESPECIFIQUE CUÁNTAS VECES \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_|  SE NEGÓ A CONTESTAR  NO SABE
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE
3. En los últimos 30 días, ¿asistió a alguna reunión de alguna organización que apoya la recuperación que no sea ninguna de las organizaciones mencionadas anteriormente?
- SÍ [SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA]  
ESPECIFIQUE CUÁNTAS VECES \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_|  SE NEGÓ A CONTESTAR  NO SABE
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE
4. En los últimos 30 días, ¿interactuó con algún familiar y/o amigo que lo apoye en su recuperación?
- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE
5. ¿A quién acude cuando tiene problemas? [SELECCIONE SOLAMENTE UNA OPCIÓN.]
- NADIE
- MIEMBRO DEL CLERO
- FAMILIAR
- AMIGOS
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE
- OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
6. ¿Cuán satisfecho ha estado con sus relaciones personales?
- Muy insatisfecho
- Insatisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho
- Satisfecho
- Muy satisfecho
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

---

## **H. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA**

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

---

## **H1. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA**

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

**1. ¿Qué le sucedió al cliente después de recibir el tratamiento? [MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]**

- El cliente se volvió a encontrar con su hijo (o sus hijos).
- El cliente impidió que sacaran a su hijo (o hijos) de su hogar.
- Ninguno de los anteriores
- No sabe

---

## H2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

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

- Seguro de salud privado
- Medicaid
- Seguridad de ingreso suplementario (SSI)/seguro social por discapacidad (SSDI)
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_
- NINGUNO DE LOS ANTERIORES
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

### H3. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

1. **¿Logró algo de lo siguiente desde que comenzó a recibir los servicios o la ayuda de [INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]? En caso afirmativo, ¿cree que los servicios que recibió de [INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN] lo ayudaron a alcanzar ese logro?**

Estado	¿Se logró?	En caso afirmativo, ¿cree que los servicios que recibió de [INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN] lo ayudaron a alcanzar ese logro?
1a. Está inscrito en una escuela	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NO SABE <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NO SABE <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR
1b. Está inscrito en un entrenamiento vocacional	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NO SABE <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NO SABE <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR
1c. Está empleado actualmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NO SABE <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NO SABE <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR
1d. Tiene vivienda estable	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NO SABE <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NO SABE <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR

---

#### **H4. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA**

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

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

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

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

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

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

---

## H5. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

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

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

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

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

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

---

## H6. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

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

- Financiación de la subvención de la SAMHSA actual
- Otra financiación de subvención federal
- Financiación estatal
- Seguro privado del cliente
- Medicaid/Medicare
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_
- No sabe

*[SI SE TRATA DE LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO O DE ALTA MÉDICA, VAYA A LA PREGUNTA H3.]*

*[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LA PREGUNTA 2 SOLAMENTE EN LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/PERÍODO INICIAL.]*

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

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>
Intervención breve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamiento breve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Derivación para recibir tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LA PREGUNTA 3 EN LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/PERÍODO INICIAL, SEGUIMIENTO Y DEL ALTA MÉDICA.]*

3. ¿El cliente recibió los siguientes tipos de servicios?

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>
Intervención breve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamiento breve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Derivación para recibir tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

## H7. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

*[EL CLIENTE DEBE RESPONDER LA PREGUNTA 1 EN LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/PERÍODO INICIAL, SEGUIMIENTO Y DEL ALTA MÉDICA.]*

### 1. ¿El programa brindó lo siguiente?

#### a. 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 CLIENTE LE DIO POSITIVA], ¿Lo pusieron en contacto con servicios para el tratamiento del VIH?*

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

#### b. 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 CLIENTE LE DIO POSITIVA], ¿Lo pusieron en contacto con servicios para el tratamiento de la HBV?*

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

---

## H7. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA (CONTINUACIÓN)

### c. Prueba de la hepatitis C (HCV)

- 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.]

**[EN CASO AFIRMATIVO] ¿Cuál fue el resultado?**

- Positivo
- Negativo [VAYA A LAS SECCIONES I O J/K.]
- Indeterminado [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.]

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

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

## H8. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

*[EL CLIENTE DEBE RESPONDER LAS PREGUNTAS 1 Y 2 EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO Y DEL ALTA MÉDICA.]*

1. **¿Logró algo de lo siguiente desde que comenzó a recibir servicios de pares a través de [INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN]? En caso afirmativo, ¿cree que los servicios de pares que recibió de [INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN] lo ayudaron a alcanzar ese logro?**

Estado	¿Se logró?	En caso afirmativo, ¿cree que los servicios de pares que recibió de [INSERTE EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA SUBVENCIÓN] lo ayudaron a alcanzar ese logro?
1a. Está inscrito en una escuela	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NO SABE <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NO SABE <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR
1b. Está inscrito en una capacitación vocacional	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NO SABE <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NO SABE <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR
1c. Está empleado actualmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NO SABE <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NO SABE <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR
1d. Tiene vivienda estable	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NO SABE <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NO SABE <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR

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

- En gran medida
- Un poco
- Muy poco
- Nada
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

---

## H9. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

## H10. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

*[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LAS PREGUNTAS 1 Y 1A EN LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/PERÍODO INICIAL, SEGUIMIENTO Y DEL ALTA MÉDICA.] EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LA PREGUNTA 1B EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO/ALTA MÉDICA SI SE HA DERIVADO AL CLIENTE PARA QUE RECIBIERA SERVICIOS.]*

### 1. ¿La prueba de detección de trastornos de la salud mental le dio positiva al cliente?

- Prueba de detección del cliente positiva
  - Prueba de detección del cliente negativa *[VAYA A LA PREGUNTA H2.]*
  - No se le realizó la prueba al cliente *[VAYA A LA PREGUNTA H2.]*
  - No sabe *[VAYA A LA PREGUNTA H2.]*
- a. *[SI EL RESULTADO ES POSITIVO]* ¿Se derivó al cliente para que recibiera servicios relacionados con la salud mental?
- Sí
  - No *[VAYA A LA PREGUNTA H2.]*
  - No sabe *[VAYA A LA PREGUNTA H2.]*
- b. *[EN CASO AFIRMATIVO]* ¿El cliente recibió servicios de salud mental?
- Sí
  - No
  - No sabe

*[EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LAS PREGUNTAS 2 Y 2A EN LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/PERÍODO INICIAL, SEGUIMIENTO Y DEL ALTA MÉDICA.] EL PERSONAL DE LA SUBVENCIÓN DEBE INFORMAR LA PREGUNTA 2B EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO/ALTA MÉDICA SI SE HA DERIVADO AL CLIENTE PARA QUE RECIBIERA SERVICIOS.]*

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

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

*[SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/DEL PERÍODO INICIAL Y LA RESPUESTA ES NEGATIVA, NO SE REALIZÓ LA PRUEBA DE DETECCIÓN O NO SABE, LA SECCIÓN H ESTÁ COMPLETA. SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO O DE ALTA MÉDICA Y LA RESPUESTA ES NEGATIVA, NO SE REALIZÓ UNA PRUEBA DE DETECCIÓN O NO SABE, VAYA A LA PREGUNTA 3.]*

- a. *[SI EL RESULTADO ES POSITIVO]* ¿Se derivó al cliente para que recibiera servicios para el trastorno de consumo de sustancias?
- Sí
  - No
  - No sabe

*[SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/DEL PERÍODO INICIAL, LA SECCIÓN H ESTÁ COMPLETA. SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO O DE ALTA MÉDICA Y LA RESPUESTA ES NO O NO SABE, VAYA A LA PREGUNTA 3.]*

---

## H10. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA (CONTINUACIÓN)

b. *[EN CASO AFIRMATIVO]* ¿El cliente recibió servicios para el trastorno de consumo de sustancias?

- Sí
- No
- No sabe

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

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

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

---

## I. ESTADO DE SEGUIMIENTO

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

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

- 01 = Había fallecido al momento de la fecha en que debía realizarse la entrevista
- 11 = Completó la entrevista dentro del período especificado
- 12 = Completó la entrevista fuera del período especificado
- 21 = Se le ubicó, pero se negó a responder; sin especificar
- 22 = Se le ubicó, pero no se pudo acceder a la institución
- 23 = Se le ubicó, pero no se pudo acceder a él
- 24 = Se le ubicó, pero se lo retiró del proyecto
- 31 = No se le pudo ubicar, se mudó
- 32 = No se le pudo ubicar por otra razón (especifique) \_\_\_\_\_

2. **¿El cliente aún está recibiendo servicios de su programa?**

- Sí
- No

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

---

## J. ESTADO DEL ALTA MÉDICA

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

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

|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
MES                      DÍA                      AÑO

2. **¿Cuál es el estado de alta del cliente?**

- 01 = Completo/graduado
- 02 = Cancelación

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

- 01 = Se fue por su propia decisión, contradiciendo la recomendación del personal, con progreso satisfactorio
- 02 = Se fue por su propia decisión, contradiciendo la recomendación del personal, sin progreso satisfactorio
- 03 = Se le dio el alta de manera involuntaria por falta de participación
- 04 = Se le dio el alta de manera involuntaria por violación de las reglas
- 05 = Se le derivó a otro programa u otros servicios con progreso satisfactorio
- 06 = Se le derivó a otro programa u otros servicios con progreso insatisfactorio
- 07 = Se le encarceló por un delito cometido durante el tratamiento/la recuperación con progreso satisfactorio
- 08 = Se le encarceló por un delito cometido durante el tratamiento/la recuperación con progreso insatisfactorio
- 09 = Se le encarceló debido a una orden de arresto vieja o se le imputó un delito antes de comenzar el tratamiento/la recuperación con progreso satisfactorio
- 10 = Se le encarceló debido a una orden de arresto vieja o se le imputó un delito antes de comenzar el tratamiento/la recuperación con progreso insatisfactorio
- 11 = Se le transfirió a otra instalación por razones de salud
- 12 = Fallecimiento
- 13 = Otro (especifique) \_\_\_\_\_

---

## **J. ESTADO DEL ALTA MÉDICA (CONTINUACIÓN)**

**3. ¿El programa le realizó una prueba de VIH al cliente?**

- Sí *[VAYA A LA SECCIÓN K.]*
- No *[VAYA A LA PREGUNTA J4.]*

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

- Sí
- No

## K. SERVICIOS RECIBIDOS

[SEGÚN LO INFORMADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA RESPECTO DEL CLIENTE SOLAMENTE AL MOMENTO DEL ALTA MÉDICA.]

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

Modalidad	Días
1. Administración de casos	_____
2. Tratamiento durante el día	_____
3. Internación/hospitalización (por cualquier causa distinta de la 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. Tratamiento residencial autónomo	_____
C. Desintoxicación ambulatoria	_____
10. Cuidado postratamiento	_____
11. Apoyo durante la recuperación	_____
12. Otro (especifique)_____	_____

Identifique la cantidad de **SESIONES** proporcionadas al cliente durante el transcurso del tratamiento/la recuperación del cliente. [INGRESE CERO SI NO SE PROPORCIONARON SERVICIOS.]

Servicios de tratamiento	Sesiones
<i>[SUBVENCIONES DE SBIRT: DEBE TENER AL MENOS UNA SESIÓN PARA UNO DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE LAS OPCIONES 1 A 4.]</i>	
1. Detección	_____
2. Intervención breve	_____
3. Tratamiento breve	_____
4. Derivación para recibir tratamiento	_____
5. Evaluación	_____
6. Planificación de tratamiento/recuperación	_____
7. Terapia individual	_____
8. Terapia grupal	_____
9. Terapia familiar/matrimonio	_____
10. Servicios de tratamiento/recuperación simultáneos	_____
11. Intervenciones farmacológicas	_____
12. Terapia para personas con VIH/SIDA	_____
13. Otros servicios clínicos (especifique)_____	_____

Servicios de administración de casos	Sesiones
1. Servicios familiares (incluidos los servicios de educación matrimonial, crianza y crecimiento infantil)	_____
2. Atención pediátrica	_____
3. Servicios de empleo	_____
A. Servicios anteriores al empleo	_____
B. Preparación para el empleo	_____
4. Coordinación de servicios individuales	_____
5. Transporte	_____
6. Servicio relacionado con el VIH/SIDA	_____
7. Servicios de vivienda temporaria de apoyo sin drogas	_____
8. Otros servicios de administración de casos (especifique)_____	_____

Servicios médicos	Sesiones
1. Atención médica	_____
2. Pruebas de alcoholismo/drogadicción	_____
3. Pruebas y apoyo para el VIH/SIDA	_____
4. Otros servicios médicos (especifique)_____	_____

Servicios de cuidado postratamiento	Sesiones
1. Atención continua	_____
2. Prevención de recaídas	_____
3. Preparación para la recuperación	_____
4. Grupos de autoayuda y de apoyo	_____
5. Apoyo espiritual	_____
6. Otros servicios de cuidado postratamiento (especifique)_____	_____

Servicios educativos	Sesiones
1. Educación sobre el abuso de sustancias	_____
2. Educación sobre el VIH/SIDA	_____
3. Otros servicios educativos (especifique)_____	_____

Servicios de apoyo durante la recuperación entre pares	Sesiones
1. Orientación o tutoría entre pares	_____
2. Apoyo relacionado con una vivienda	_____
3. Actividades sociales sin alcohol ni drogas	_____
4. Información y derivaciones	_____
5. Otros servicios de apoyo durante la recuperación entre pares (especifique)_____	_____

*[Esta página se dejó en blanco intencionalmente]*