OMB (OFICINA DE GESTIÓN Y PRESUPUESTOS) N° 0930-0285
Fecha de expiración 31/ MARZO/2016

Responsabilidad de Transformación (TRAC, por sus siglas en inglés)

Centro de Servicios de Salud Mental

NOM (Medidas de Resultados Nacionales) Medidas a nivel de clientes para programas discrecionales de suministro de servicios directos

HERRAMIENTA DE SERVICIOS

Versión para programas de adultos

CMHS

Center for Mental Health Services
SAMHSA

Octubre de 2015
Versión 13

Se estima que la demanda de tiempo para efectuar un informe público sobre esta recopilación de información es como promedio 30 minutos por respuesta si se hacen todas las preguntas a un consumidor/participante. Como los proveedores ya obtienen mucha de esta información como parte de sus datos de introducción o seguimiento actuales sobre el consumidor/participante, se requerirá menos tiempo. Envíe comentarios referentes a esta estimación del tiempo para cumplir con esta obligación o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información a SAMHSA Reports Clearance Officer, Room 7-1045, 1 Choke Cherry Road, Rockville, MD 20857. Es posible que una agencia no realice ni patrocine, y que una persona no tenga que responder a una recopilación de información a menos que se muestre un número de control OMB válido actual. El número de control de este proyecto es 0930-0285.

GESTIÓN DE REGISTROS

[EL PERSONAL DEL CESIONARIO INFORMA SOBRE LA GESTIÓN DE REGISTROS EN LAS ENTREVISTAS DE REFERENCIA, REEVALUACIÓN Y ALTA MÉDICA, SEA QUE SE HAYA HECHO UNA ENTREVISTA O NO.]

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

ID de la concesión (concesión/contrato/acuerdo de cooperación)
|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

ID del lugar |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

1. Indique el tipo de evaluación

○ Entrevista de referencia ***[ANOTE EL MES Y EL AÑO EN EL QUE EL USUARIO RECIBIÓ POR PRIMERA VEZ SERVICIOS BAJO LA SUBVENCIÓN PARA <u>ESTA</u> ATENCIÓN.]*** |____|____| / |____|____|____|____| MES AÑO	○ Reevaluación **¿Cuál re-evaluación a los 6 meses?** |____|____| ***[ANOTE 06 PARA UNA REEVALUACIÓN A LOS 6 MESES, 12 PARA 12 MESES, 18 PARA 18 MESES, ETC.]***	○ Alta médica

2. ¿Se llevó a cabo una entrevista?

○ Sí **¿Cuándo?** |____|____| / |____|____| / |____|____|____|____| MES DÍA AÑO	○ No **¿Por qué no? Seleccione una respuesta únicamente.** ○ No se pudo obtener el consentimiento del representante ○ El consumidor no estaba en condiciones/no pudo dar el consentimiento ○ El consumidor rechazó esta entrevista únicamente ○ No se pudo localizar al consumidor para la entrevista ○ El consumidor rechazó todas las entrevistas

[SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE REFERENCIA, VAYA A LA SECCIÓN A.]

[PARA TODAS LAS ENTREVISTAS DE REEVALUACIÓN:
SI SE REALIZÓ UNA ENTREVISTA, VAYA A LA SECCIÓN B.
SI NO SE REALIZÓ UNA ENTREVISTA, VAYA A LA SECCIÓN H (SI CORRESPONDE), DESPUÉS VAYA A LA SECCIÓN I.]

[PARA TODAS LAS ENTREVISTAS DE ALTA MÉDICA:
SI SE REALIZÓ UNA ENTREVISTA, VAYA A LA SECCIÓN B.
SI NO SE REALIZÓ UNA ENTREVISTA, VAYA A LA SECCIÓN H (SI CORRESPONDE), DESPUÉS VAYA A LA SECCIÓN J.]

A. DATOS DEMOGRÁFICOS

[LA SECCIÓN A SÓLO SE RECOGE EN LA ENTREVISTA DE REFERENCIA. SI NO SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE REFERENCIA, VAYA A LA SECCIÓN B.]

1. ¿Cuál es su género?

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

2. ¿Es usted hispano/a o latino/a?

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

[SI LA RESPUESTA ES SÍ] **¿A qué grupo étnico considera que pertenece? Conteste sí o no a cada una de las preguntas siguientes. Puede decir sí a más de una.**

	SÍ	NO	SE NEGÓ A CONTESTAR
Centroamericano/a	○	○	○
Cubano/a	○	○	○
Dominicano/a	○	○	○
Mexicano/a	○	○	○
Portorriqueño/a	○	○	○
Sudamericano/a	○	○	○
OTRO (ESPECIFIQUE) _____	○	○	○

[SI LA RESPUESTA ES SÍ, ESPECIFIQUE ABAJO.]

3. ¿De qué raza se considera que es usted? Conteste sí o no a cada una de las preguntas siguientes. Puede decir sí a más de una.

	SÍ	NO	SE NEGÓ A CONTESTAR
Negro/a americano/a de origen africano	○	○	○
Asiático/a	○	○	○
Nativo/a de Hawái o de otras islas del Pacífico	○	○	○
Nativo/a de Alaska	○	○	○
Blanco/a	○	○	○
Nativo/a americano/a	○	○	○

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

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

○ SE NEGÓ A CONTESTAR

A. DATOS DEMOGRÁFICOS (Continuación)

5. ¿Cómo describiría su orientación sexual?

- ○ Heterosexual,
- ○ [SI ES MUJER "Lesbiana"] o Gay
- ○ Bisexual
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ○ NO SABE

[SI SE LLEVÓ A CABO UNA ENTREVISTA, CONTINÚE CON LA SECTION B.]

[SI NO SE LLEVÓ A CABO UNA ENTREVISTA:

CESIONARIOS DE INTEGRACIÓN DE CUIDADO MÉDICO PRIMARIO Y CONDUCTUAL (PBHCI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS): VAYA A LA SECCIÓN H.

CESIONARIOS DE TODOS LOS DEMÁS PROGRAMAS: DETÉNGASE AQUÍ.

B. DESEMPEÑO

1. ¿Cómo calificaría su salud general ahora mismo?

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

2. A fin de proporcionar los mejores servicios de salud mental posibles y relacionados, necesitamos saber lo que piensa sobre cómo pudo arreglárselas en su vida diaria durante los últimos 30 días. Indique su desacuerdo/acuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes.

[LEA CADA AFIRMACIÓN SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA DEL CONSUMIDOR.]

AFIRMACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTAS						
	Muy en desacuerdo	**En desacuerdo**	**Indeciso/a**	**De acuerdo**	**Muy de acuerdo**	**SE NEGÓ A CONTESTAR**	**NO CORRESPONDE**
a. Me las arreglo bien con mis problemas diarios.	○	○	○	○	○	○	
b. Puedo controlar mi vida.	○	○	○	○	○	○	
c. Puedo arreglármelas en caso de crisis.	○	○	○	○	○	○	
d. Me llevo bien con mi familia.	○	○	○	○	○	○	○
e. Me desenvuelvo bien en las situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○	
f. Me desenvuelvo bien en la escuela/el trabajo.	○	○	○	○	○	○	○
g. Mi situación en lo que se refiere a la vivienda es satisfactoria.	○	○	○	○	○	○	
h. Mis síntomas no me molestan.	○	○	○	○	○	○	

B. DESEMPEÑO (Continuación)

3. Las preguntas siguientes son sobre cómo se ha sentido durante los últimos 30 días. Para cada pregunta, indique con qué frecuencia ha sentido lo siguiente.

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

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTAS						
Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se ha sentido …	**Continuamente**	**Muchas veces**	**Algunas veces**	**Pocas veces**	**Ninguna vez**	**SE NEGÓ A CONTESTAR**	**NO SABE**
a. nervioso/a?	○	○	○	○	○	○	○
b. desesperanzado/a?	○	○	○	○	○	○	○
c. inquieto/a o impaciente?	○	○	○	○	○	○	○
d. tan deprimido/a que nada podía animarle?	○	○	○	○	○	○	○
e. que para cualquier cosa se requería un esfuerzo?	○	○	○	○	○	○	○
f. inútil?	○	○	○	○	○	○	○

B. DESEMPEÑO (Continuación)

4. Las preguntas siguientes están relacionadas con su experiencia con alcohol, cigarrillos y otras drogas. Algunas sustancias de las que hablaremos son prescritas por un médico (como analgésicos). No obstante sólo anotaré las que haya tomado por razones o en dosis que no fueran las prescritas.

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

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTAS					
En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha usado ...	**Nunca**	**Una o dos veces**	**Semanal mente**	**A diario o casi a diario**	**SE NEGÓ A CONTESTAR**	**NO SABE**
a. productos de tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, cigarros, etc.)?	○	○	○	○	○	○
b. bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licor, etc.)?	○	○	○	○	○	○
b1. *[SI B >= UNA O DOS VECES, Y LA PERSONA QUE CONTESTA ES UN HOMBRE]*, ¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha tomado cinco o más bebidas alcohólicas en un día? *[ACLARE SI ES NECESARIO:* Una bebida alcohólica estándar (p.e., 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino, 1.5 onzas de licor)*]*.	○	○	○	○	○	○
b2. *[SI B >= UNA O DOS VECES, Y LA PERSONA QUE CONTESTA ES UNA MUJER]*, ¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha tomado cuatro o más bebidas alcohólicas en un día? *[ACLARE SI ES NECESARIO:* Una bebida alcohólica estándar (p.e., 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino, 1.5 onzas de licor)*]*.	○	○	○	○	○	○
c. cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)?	○	○	○	○	○	○
d. cocaína (coca, crack, etc.)?	○	○	○	○	○	○
e. estimulantes de prescripción (Ritalin, Concerta, Dexedrine, Adderall, píldoras dietéticas, etc.)?	○	○	○	○	○	○
f. metanfetamina (speed, cristal, meta, hielo, etc.)?	○	○	○	○	○	○
g. inhaladores (óxido nitroso, cola, gasolina, diluyente de pintura, etc.)?	○	○	○	○	○	○
h. sedativos o somníferos (Valium, Serepax, Ativan, Librium, Xanax, Rohypnol, GHB, etc.)?	○	○	○	○	○	○
i. alucinógenos (LSD, ácido, hongos, PCP, Special K, éxtasis, etc.)?	○	○	○	○	○	○
j. opioides callejeros (heroína, opio, etc.)?	○	○	○	○	○	○
k. opioides de prescripción (fentanil, oxicodona [OxyContin, Percocet], hidrocodona [Vicodin], metadona, buprenorfina, etc.)?	○	○	○	○	○	○
l. otras – especifique (cigarrillos electrónicos, etc.):	○	○	○	○	○	○

B. DESEMPEÑO (Continuación)

[OPCIONAL: PUNTUACIÓN DE LA GAF INFORMADA POR EL PERSONAL DEL CESIONARIO A DISCRECIÓN DEL PROYECTO.]

FECHA EN QUE SE ADMINISTRÓ LA GAF: |____|____| / |____|____| /|____|____|____|____|
MES DÍA AÑO

¿CUÁL FUE LA PUNTUACIÓN DEL CONSUMIDOR? GAF = |____|____|____|

B. FAMILIAS CON MILITARES Y DESPLAZAMIENTO POR MOTIVOS MILITARES

[LAS PREGUNTAS 5 A LA 8 SOLO SE HACEN EN LA ENTREVISTA DE REFERENCIA. SI ESTA NO ES UNA ENTREVISTA DE REFERENCIA, VAYA A LA PREGUNTA 9.]

5. ¿Alguna vez ha prestado servicio en las fuerzas armadas, la reserva o la guardia nacional?

- ○ Sí
- ○ No *[VAYA A LA PREGUNTA 6.]*
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR *[VAYA A LA PREGUNTA 6.]*
- ○ NO SABE *[VAYA A LA PREGUNTA 6.]*

***[SI LA RESPUESTA ES SÍ]* ¿En cuál de las siguientes opciones prestó su servicio? Por favor dé una respuesta para cada opción. Puede contestar sí a más de una opción.**

	Sí	No	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
Fuerzas armadas	○	○	○	○
Reservas	○	○	○	○
Guardia nacional	○	○	○	○

5a. ¿Actualmente está en servicio activo en las fuerzas armadas, la reserva o la guardia nacional?

- ○ Sí
- ○ No *[VAYA A LA PREGUNTA 5b.]*
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR *[VAYA A LA PREGUNTA 5b.]*
- ○ NO SABE *[VAYA A LA PREGUNTA 5b.]*

***[SI LA RESPUESTA ES SÍ]* ¿En cuál de las siguientes opciones presta actualmente su servicio? Por favor dé una respuesta para cada opción. Puede contestar sí a más de una opción.**

	Sí	No	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
Fuerzas armadas	○	○	○	○
Reservas	○	○	○	○
Guardia nacional	○	○	○	○

5b. ¿Alguna vez lo han enviado a una zona de combate?

- ○ Sí
- ○ No *[VAYA A LA PREGUNTA 6.]*
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR *[VAYA A LA PREGUNTA 6.]*
- ○ NO SABE *[VAYA A LA PREGUNTA 6.]*

***[SI LA RESPUESTA ES SÍ]* ¿A cuál de las siguientes zonas de combate lo han enviado? Por favor dé una respuesta para cada opción. Puede contestar sí a más de una opción.**

	Sí	No	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
Iraq o Afganistán (Por ejemplo, Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom/Operation New Dawn)	○	○	○	○
Golfo pérsico (Operation Desert Shield o Desert Storm)	○	○	○	○
Vietnam/Sureste de Asia	○	○	○	○
Corea	○	○	○	○
Segunda Guerra Mundial	○	○	○	○
Enviado a una zona de combate no incluida arriba (por ejemplo, Somalia, Bosnia, Kosovo)	○	○	○	○

B. FAMILIAS CON MILITARES Y DESPLAZAMIENTO POR MOTIVOS MILITARES (Continuación)

6. ¿Está alguien de su familia o alguien cercano a usted actualmente en servicio activo o está separado o jubilado de las fuerzas armadas, la reserva o la guardia nacional?

- ○ Sí, únicamente una persona
- ○ Sí, más de una persona
- ○ No *[VAYA A LA PREGUNTA 7.]*
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR *[VAYA A LA PREGUNTA 7.]*
- ○ NO SABE *[VAYA A LA PREGUNTA 7.]*

B. VIOLENCIA Y TRAUMA

7. ¿Alguna vez ha tenido experiencias de violencia o trauma en alguna situación (incluyendo violencia en la comunidad o en la escuela; violencia doméstica, física, psicológica o maltrato o abuso sexual dentro o fuera de la familia; desastres naturales, actos terroristas, abandono, o dolor o pena traumático)?

- ○ SÍ
- ○ NO *[VAYA A 9.]*
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR *[VAYA A 9.]*
- ○ NO SABE *[VAYA A 9.]*

8. ¿Resultó alguna de estas experiencias tan aterradora, horrible o perturbadora que en el pasado o actualmente usted:

	SÍ	NO	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
8a. Tiene o tuvo pesadillas sobre eso o pensamientos acerca de eso cuando usted no quería?	○	○	○	○
8b. Se esforzó por no pensar en eso o hizo un esfuerzo especial para evitar situaciones que le recuerdan eso?	○	○	○	○
8c. Estuvo constantemente alerta, atento o fácilmente sobresaltado?	○	○	○	○
8d. Se sentía como insensible o distante de otras personas, actividades o de sus alrededores?	○	○	○	○

B. VIOLENCIA Y TRAUMA (Continuación)

9. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia le han golpeado, pateado, abofeteado o lastimado de otra manera física?

- ○ Nunca
- ○ Una vez
- ○ Unas pocas veces
- ○ Más de unas pocas veces
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ○ NO SABE

C. ESTABILIDAD DE VIVIENDA

1. En los últimos 30 días, ¿cuántas ...	Número de noches/ Veces	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
a. noches ha pasado sin tener un hogar propio?	|____|____|	○	○
b. noches ha pasado en un hospital de salud mental?	|____|____|	○	○
c. noches ha pasado en un centro de desintoxicación/tratamiento por abuso de sustancias ingresado/a o en residencia?	|____|____|	○	○
d. noches ha pasado en un reformatorio incluida cárcel o prisión?	|____|____|	○	○
[SUME EL NÚMERO TOTAL DE NOCHES PASADAS SIN HOGAR PROPIO, EN UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL, EN UN CENTRO DE DESINTOXICACIÓN/TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS INGRESADO/A O EN RESIDENCIA, O EN UN REFORMATORIO. (LOS ARTÍCULOS A-D NO PUEDEN EXCEDER DE 30 NOCHES).]	|____|____|		
e. veces ha ido a una sala de urgencias por un problema psiquiátrico o emocional?	|____|____|	○	○

[SI 1a, 1b, 1c O 1d ES 16 O MÁS NOCHES, VAYA A LA SECCIÓN D.]

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

[NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTAS AL CONSUMIDOR. ESCOJA SÓLO UNA.]

- ○ CASA, APARTAMENTO, REMOLQUE, HABITACIÓN DE SU PROPIEDAD O DE ALQUILER
- ○ CASA, APARTAMENTO, REMOLQUE O HABITACIÓN DE OTRA PERSONA
- ○ SIN HOGAR PROPIO (ASILO, CALLE/AIRE LIBRE, PARQUE)
- ○ HOGAR PARA GRUPOS
- ○ HOGAR DE ACOGIDA PARA ADULTOS
- ○ VIVIENDA DE TRANSICIÓN
- ○ HOSPITAL (MÉDICO)
- ○ HOSPITAL (PSIQUIÁTRICO)
- ○ CENTRO DE DESINTOXICACIÓN/TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS INGRESADO/A O EN RESIDENCIA
- ○ REFORMATORIO (CÁRCEL/PRISIÓN)
- ○ RESIDENCIA DE ANCIANOS
- ○ HOSPITAL DE VA
- ○ HOGAR PARA VETERANOS DE LAS FUERZAS ARMADAS
- ○ BASE MILITAR
- ○ OTRO (ESPECIFIQUE) _____
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ○ NO SABE

D. ESTUDIOS Y EMPLEO

1. ¿Está inscrito/a actualmente en una escuela o en un programa de capacitación laboral? *[SI ESTÁ INSCRITO/A]* ¿Es a tiempo completo o parcial?

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

2. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha terminado, tanto si ha recibido un título como si no lo ha recibido?

- ○ MENOS DEL GRADO 12°
- ○ 12° GRADO/DIPLOMA DE ESCUELA SECUNDARIA/EQUIVALENTE (GED)
- ○ DIPLOMA VOCACIONAL/TÉCNICO
- ○ ALGUNOS CURSOS UNIVERSITARIOS
- ○ TÍTULO UNIVERSITARIO (BA, BS)
- ○ TRABAJO DE GRADUACIÓN/TÍTULO DE GRADUADO/A
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ○ NO SABE

3. ¿Está empleado/a en la actualidad? *[ACLARE CONCENTRÁNDOSE EN EL ESTADO DURANTE LA MAYOR PARTE DE LA SEMANA ANTERIOR, DETERMINANDO SI EL CONSUMIDOR TRABAJABA EN ALGO O SI TENÍA UN TRABAJO NORMAL PERO ESTABA DE VACACIONES.]*

- ○ EMPLEADO/A A TIEMPO COMPLETO (MÁS DE 35 HORAS POR SEMANA, O LO HABRÍA ESTADO)
- ○ EMPLEADO/A A TIEMPO PARCIAL
- ○ DESEMPLEADO/A, BUSCANDO TRABAJO
- ○ DESEMPLEADO/A, INCAPACITADO
- ○ DESEMPLEADO/A, TRABAJO VOLUNTARIO
- ○ DESEMPLEADO/A, JUBILADO/A
- ○ DESEMPLEADO/A, NO ESTÁ BUSCANDO TRABAJO
- ○ OTRO (ESPECIFIQUE)_____
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ○ NO SABE

3a. *[SI ESTÁ EMPLEADO/A:]*

	Sí	No	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
1. ¿Recibe un sueldo mínimo o superior al mínimo [1]?	○	○	○	○
2. ¿Le paga su empleador su sueldo directamente?	○	○	○	○
3. ¿Podría haber solicitado este trabajo cualquier persona?	○	○	○	○

[1] Para obtener información sobre el sueldo federal mínimo vaya a http://www.dol.gov/dol/topic/wages/

E. SITUACIÓN PENAL Y DE JUSTICIA PENAL

1. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha sido arrestado/a?

|____|____| VECES ○ SE NEGÓ A CONTESTAR ○ NO SABE

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

F. PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS

[LA SECCIÓN F NO SE RECOGE EN LA ENTREVISTA DE REFERENCIA. PARA ENTREVISTAS DE REFERENCIA, VAYA A LA SECCIÓN G.]

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

[LEA CADA AFIRMACIÓN SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA DEL CONSUMIDOR.]

AFIRMACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTAS						
	Muy en desacuerdo	**En desacuerdo**	**Indeciso/a**	**De acuerdo**	**Muy de acuerdo**	**SE NEGÓ A CONTESTAR**	**NO CORRESPONDE**
a. El personal de aquí cree que puedo desarrollarme, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○	
b. Me siento libre para quejarme.	○	○	○	○	○	○	
c. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○	
d. El personal me animó a que asumiera la responsabilidad de cómo vivir mi vida.	○	○	○	○	○	○	
e. El personal me dijo con qué efectos secundarios debo tener cuidado.	○	○	○	○	○	○	○
f. El personal respetó mis deseos sobre a quién y a quién no se le debe dar información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○	
g. El personal fue sensible a mis antecedentes culturales (raza, religión, idioma, etc.).	○	○	○	○	○	○	
h. El personal me ayudó a obtener la información necesaria para que pudiera encargarme de administrar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○	
i. Me animaron a usar programas dirigidos por el consumidor (grupos de apoyo, centros de hospitalidad, línea telefónica para crisis, etc.).	○	○	○	○	○	○	
j. Me sentía cómodo/a haciendo preguntas sobre mi tratamiento y medicación.	○	○	○	○	○	○	
k. Yo, no el personal, decidí mis objetivos de tratamiento.	○	○	○	○	○	○	
l. Me gustan los servicios que he recibido aquí.	○	○	○	○	○	○	
m. Si tuviera otras opciones, me gustaría seguir recibiendo servicios de esta agencia.	○	○	○	○	○	○	
n. Recomendaría esta agencia a un amigo/a o familiar.	○	○	○	○	○	○	

F. PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS (Continuación)

2. ***[INDIQUE QUIÉN ADMINISTRÓ LA SECCIÓN F - PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS SEGÚN LA PERSONA QUE CONTESTA A ESTA ENTREVISTA.]***

- ○ PERSONAL ADMINISTRATIVO
- ○ COORDINADOR DE CUIDADOS
- ○ ADMINISTRADOR DEL CASO
- ○ MÉDICO CLÍNICO QUE PROPORCIONA SERVICIOS DIRECTOS
- ○ MÉDICO CLÍNICO QUE NO PROPORCIONA SERVICIOS DIRECTOS
- ○ COLEGA DEL CONSUMIDOR
- ○ RECOPILADOR DE DATOS
- ○ EVALUADOR
- ○ DEFENSOR DE FAMILIAS
- ○ PERSONAL ASISTENTE DE INVESTIGACIÓN
- ○ AUTOADMINISTRADO
- ○ OTRO (ESPECIFIQUE)_____

G. RELACIONES SOCIALES

1. Indique su desacuerdo/acuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes. Conteste respecto a las relaciones con personas que no sean los proveedores de servicios de salud mental durante los últimos 30 días.

[LEA CADA AFIRMACIÓN SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA DEL CONSUMIDOR.]

AFIRMACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTAS					
	Muy en desacuerdo	**En desacuerdo**	**Indeciso/a**	**De acuerdo**	**Muy de acuerdo**	**SE NEGÓ A CONTESTAR**
a. Estoy contento/a con las amistades que tengo.	○	○	○	○	○	○
b. Conozco a personas con las que puedo hacer cosas agradables.	○	○	○	○	○	○
c. Me siento que pertenezco a mi comunidad.	○	○	○	○	○	○
d. En caso de crisis, tendría el apoyo que necesito de mi familia y amigos.	○	○	○	○	○	○

[SI SU PROGRAMA <u>NO REQUIERE</u> LA SECCIÓN H:

SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE REFERENCIA, DETÉNGASE AHORA. LA ENTREVISTA ESTÁ COMPLETA.]

SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE REEVALUACIÓN, POR FAVOR VAYA A LA SECCIÓN I, DESPUÉS A LA SECCIÓN K.]

SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE ALTA MÉDICA, POR FAVOR VAYA A LA SECCIÓN J, DESPUÉS A LA SECCIÓN K.]

[SI SU PROGRAMA <u>SÍ REQUIERE</u> LA SECCIÓN H:

SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE REFERENCIA, POR FAVOR VAYA A LA SECCIÓN H, DESPUÉS DETÉNGASE. LA ENTREVISTA ESTARÁ COMPLETA.]

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

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

H. PREGUNTAS ESPECÍFICAS ACERCA DEL PROGRAMA

ALGUNOS PROGRAMAS TIENEN DATOS ESPECÍFICOS QUE SON ENVIADOS A TRAC. EL CMHS LE INFORMARÁ SI DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN H Y LE DARÁN UN FORMULARIO SEPARADO CON LA SECCIÓN H.

PARA VER UNA LISTA DE PROGRAMAS QUE TIENEN DATOS ESPECÍFICOS, CONSULTE EL APÉNDICE A DE LA GUÍA DE INSTRUCCIONES PREGUNTA POR PREGUNTA DE LAS MEDIDAS A NIVEL DE CLIENTE DE NOMS PARA PROGRAMAS DISCRECIONALES DE SUMINISTROS DE SERVICIOS DIRECTOS PARA PROGRAMAS DE ADULTOS.

I. ESTADO DE REEVALUACIÓN

[EL PERSONAL DEL CESIONARIO INFORMA SOBRE LA SECCIÓN I DESPUÉS DE LA REEVALUACIÓN.]

1. ¿Ha tenido contacto usted u otro personal de la concesión con el consumidor en los últimos 90 días desde el último encuentro?

- ○ Sí
- ○ No

2. ¿Sigue recibiendo el consumidor servicios de su proyecto?

- ○ Sí
- ○ No

[VAYA A LA SECCIÓN K.]

J. ESTADO DE ALTA MÉDICA

[EL PERSONAL DEL CESIONARIO INFORMA SOBRE LA SECCIÓN J ACERCA DEL CONSUMIDOR CUANDO ES DADO DE ALTA.]

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

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

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

- ○ Cese del tratamiento acordado mutuamente
- ○ Abandonó/rechazó el tratamiento
- ○ No hubo ningún contacto en los últimos 90 días después del último encuentro
- ○ Recomendación médica para otro lugar
- ○ Fallecimiento
- ○ Otro (especifique) _____

[VAYA A LA SECCIÓN K.]

K. SERVICIOS RECIBIDOS

[EL PERSONAL DEL CESIONARIO INFORMA SOBRE LA SECCIÓN K EN LA RE-EVALUACIÓN Y AL DAR DE ALTA MÉDICA A MENOS QUE EL CONSUMIDOR HAYA RECHAZADO ESTA ENTREVISTA O TODAS LAS ENTREVISTAS, EN CUYO CASO ES OPCIONAL.]

1. ¿En qué fecha recibió el consumidor servicios por última vez? |____|____| / |____|____|____|____|
MES **AÑO**

[IDENTIFIQUE TODOS LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS AL CONSUMIDOR <u>DESDE SU ÚLTIMA ENTREVISTA DE NOM</u>; ESTO INCLUYE SERVICIOS FINANCIADOS Y NO FINANCIADOS POR LA CMHS.]

Servicios básicos	**Proporcionados**		**SE DESCONOCE**	**SERVICIO NO DISPONIBLE**
	Sí	**No**		
1. Examen	○	○	○	○
2. Evaluación	○	○	○	○
3. Planificación o revisión del tratamiento	○	○	○	○
4. Servicios psicofarmacológicos	○	○	○	○
5. Servicios de salud mental	○	○	○	○

[SI LA RESPUESTA A LA OPCIÓN 5 "SERVICIOS DE SALUD MENTAL" ES SÍ, CALCULE LA FRECUENCIA CON QUE SE PRESTARON SERVICIOS DE SALUD MENTAL.]

Número de veces _____ por

	SE DESCONOCE
○ Día	
○ Semana	○
○ Mes	
○ Año	

Servicios básicos (continuación)	**Proporcionados**		**SE DESCONOCE**	**SERVICIO NO DISPONIBLE**
	Sí	**No**		
6. Servicios simultáneos	○	○	○	○
7. Gestión de casos	○	○	○	○
8. Servicios específicos de trauma	○	○	○	○
9. ¿Se recomendó al consumidor a otro proveedor para cualquier de los servicios básicos anteriores?	○	○	○	○

Servicios de apoyo	**Proporcionados**		**SE DESCONOCE**	**SERVICIO NO DISPONIBLE**
	Sí	**No**		
1. Atención médica	○	○	○	○
2. Servicios de empleo	○	○	○	○
3. Servicios de familia	○	○	○	○
4. Guardería	○	○	○	○
5. Transporte	○	○	○	○
6. Servicios educativos	○	○	○	○
7. Apoyo de vivienda	○	○	○	○
8. Actividades de recreo social	○	○	○	○
9. Servicios operados por el consumidor	○	○	○	○
10. Pruebas de VIH	○	○	○	○
11. ¿Se recomendó al consumidor a otro proveedor para cualquiera de los servicios de apoyo anteriores?	○	○	○	○