OMB (OFICINA DE GESTIÓN Y PRESUPUESTOS) N° 0930-0285
Fecha de expiración 31/MAYO/2015

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 del niño/a o del adolescente

CMHS

Center for Mental Health Services
SAMHSA

Marzo de 2013
Versión 10

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

[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 ***[VAYA A LAS INSTRUCCIONES DESPUÉS DE LA PREGUNTA 3.]***

3. ¿Quién contestó, el/la niño/a o el cuidador/a?

○ Niño/a ***[SE PREFIERE NIÑO/A DE 11 AÑOS DE EDAD O MÁS]***
○ Cuidador/a

GESTIÓN DE REGISTROS (Continuación)

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

[PARA TODAS LAS REEVALUACIONES:
SI SE LLEVÓ A CABO UNA ENTREVISTA, VAYA A LA SECCIÓN B.
SI NO SE LLEVÓ A CABO UNA ENTREVISTA, VAYA A LA SECCIÓN I.]

[PARA UN ALTA MÉDICA:
SI SE LLEVÓ A CABO UNA ENTREVISTA, VAYA A LA SECCIÓN B.
SI NO SE LLEVÓ A CABO UNA ENTREVISTA, VAYA A LA SECCIÓN J.]

A. DATOS DEMOGRÁFICOS

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

1. ¿Cuál es tu género?

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

2. ¿Eres 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 consideras que perteneces? Contesta sí o no a cada una de las preguntas siguientes. Puedes 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 te consideras? Contesta sí o no a cada una de las preguntas siguientes. Puedes 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 [tu nacimiento/el nacimiento de su niño/a]?

|____|____| / |____|____|____|____|
MES AÑO ○ SE NEGÓ A CONTESTAR

[DETÉNGASE AQUÍ SI NO SE LLEVÓ A CABO LA ENTREVISTA DE REFERENCIA. LOS DEMÁS CONTINÚAN CON LA SECCIÓN B.]

B. DESEMPEÑO

1. ¿Cómo calificarías tu 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 piensas sobre cómo pudiste arreglártelas en tu vida diaria durante los últimos 30 días. Indica tu 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 los problemas diarios.	○	○	○	○	○	○	
b. Me llevo bien con los miembros de la familia.	○	○	○	○	○	○	○
c. Me llevo bien con amigos/as y otras personas.	○	○	○	○	○	○	
d. Me desenvuelvo bien en la escuela/el trabajo.	○	○	○	○	○	○	○
e. Me las arreglo bien cuando las cosas salen mal.	○	○	○	○	○	○	
f. Estoy satisfecho/a con mi vida en familia ahora.	○	○	○	○	○	○	

B. DESEMPEÑO (Continuación)

[SI EL/LA CUIDADOR/A ES LA PERSONA QUE CONTESTA VAYA A LA PREGUNTA OPCIONAL GAF.]

3. Las preguntas siguientes son sobre cómo te has sentido durante los últimos 30 días. Por cada pregunta, indica con qué frecuencia has 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 te has 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 animarte?	○	○	○	○	○	○	○
e. que para cualquier cosa se requería un esfuerzo?	○	○	○	○	○	○	○
f. inútil?	○	○	○	○	○	○	○

B. DESEMPEÑO (Continuación)

[SI EL/LA CUIDADOR/A ES LA PERSONA QUE CONTESTA, VAYA A LA PREGUNTA OPCIONAL GAF.]

4. Las preguntas siguientes están relacionadas con tu 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 hayas tomado por razones o en dosis que no fueran las prescritas.

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTAS					
En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia has 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 has 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 has 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)*]*.	○	○	○	○	○	○
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:	○	○	○	○	○	○

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

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 = |____|____|____|

[OPCIONAL: PUNTUACIÓN T DE PROBLEMAS TOTALES DE LA CBCL (LISTA DE COMPROBACIÓN DE COMPORTAMIENTO DEL NIÑO/A) INFORMADA POR EL PERSONAL DEL CESIONARIO A DISCRECIÓN DEL PROYECTO.]

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

¿CUÁL FUE LA PUNTUACIÓN DEL CONSUMIDOR?

PUNTUACIÓN T DE PROBLEMAS TOTALES = |____|____|____|

B. FAMILIAS CON MILITARES Y DESPLAZAMIENTO POR MOTIVOS MILITARES

[LA PREGUNTA 5 NO SE APLICA A LOS PROGRAMAS INFANTILES.]

[LA PREGUNTA 6 SOLO SE HACE EN LA ENTREVISTA DE REFERENCIA. SI ESTA NO ES UNA ENTREVISTA DE REFERENCIA, PASE A LA SECCIÓN C.]

6. ¿Está alguien de tu familia o alguien cercano a ti en servicio activo actualmente 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 SECCIÓN C.]***
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR ***[VAYA A LA SECCIÓN C.]***
- ○ NO SABE ***[VAYA A LA SECCIÓN C.]***

Respecto a la primera persona:

6.a.1 ¿Cuál es la relación o parentesco de esa persona (militar o exmilitar) contigo?

- ○ MADRE/PADRE
- ○ HERMANO/HERMANA
- ○ ESPOSO(A)/PAREJA
- ○ HIJO/HIJA
- ○ OTRO, ESPECIFIQUE_____
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ○ NO SABE

6.b.1 ¿Ha tenido esa persona militar o exmilitar alguna de las siguientes experiencias? Por favor da una respuesta para cada opción. Puedes contestar sí a más de una opción.

	SÍ	NO	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
Fue enviado a una misión para apoyar operaciones de combate (por ejemplo a Iraq o a Afganistán)	○	○	○	○
Resultó herido físicamente durante operaciones de combate	○	○	○	○
Presentó síntomas de estrés a causa del combate/dificultades para ajustarse a la vida diaria después de la misión, incluyendo trastorno por estrés postraumático, depresión o pensamientos suicidas	○	○	○	○
Murió o lo mataron	○	○	○	○

[SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA 6 FUE "SÍ, ÚNICAMENTE UNA PERSONA", VAYA A LA SECCIÓN C, DE LO CONTRARIO CONTINÚE.]

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

Respecto a la segunda persona:

6.a.2 ¿Cuál es la relación o parentesco de esa persona (militar o exmilitar) contigo?

- ○ MADRE/PADRE
- ○ HERMANO/HERMANA
- ○ ESPOSO(A)/PAREJA
- ○ HIJO/HIJA
- ○ OTRO, ESPECIFIQUE_____
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ○ NO SABE

6.b.2 ¿Ha tenido esa persona militar o exmilitar alguna de las siguientes experiencias? Por favor da una respuesta para cada opción. Puedes contestar sí a más de una opción.

	SÍ	NO	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
Fue enviado a una misión para apoyar operaciones de combate (por ejemplo a Iraq o a Afganistán)	○	○	○	○
Resultó herido físicamente durante operaciones de combate	○	○	○	○
Presentó síntomas de estrés a causa del combate/dificultades para ajustarse a la vida diaria después de la misión, incluyendo trastorno por estrés postraumático, depresión o pensamientos suicidas	○	○	○	○
Murió o lo mataron	○	○	○	○

[SI EL USUARIO ESTÁ RELACIONADO CON OTRO MILITAR O EXMILITAR, CONTINÚE, DE LO CONTRARIO VAYA A LA SECCIÓN C.]

Respecto a la tercera persona:

6.a.3 ¿Cuál es la relación o parentesco de esa persona (militar o exmilitar) contigo?

- ○ MADRE/PADRE
- ○ HERMANO/HERMANA
- ○ ESPOSO(A)/PAREJA
- ○ HIJO/HIJA
- ○ OTRO, ESPECIFIQUE_____
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ○ NO SABE

6.b.3 ¿Ha tenido esa persona militar o exmilitar alguna de las siguientes experiencias? Por favor da una respuesta para cada opción. Puedes contestar sí a más de una opción.

	SÍ	NO	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
Fue enviado a una misión para apoyar operaciones de combate (por ejemplo a Iraq o a Afganistán)	○	○	○	○
Resultó herido físicamente durante operaciones de combate	○	○	○	○
Presentó síntomas de estrés a causa del combate/dificultades para ajustarse a la vida diaria después de la misión, incluyendo trastorno por estrés postraumático, depresión o pensamientos suicidas	○	○	○	○
Murió o lo mataron	○	○	○	○

[SI EL USUARIO ESTÁ RELACIONADO CON OTRO MILITAR O EXMILITAR, CONTINÚE, DE LO CONTRARIO VAYA A LA SECCIÓN C.]

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

Respecto a la cuarta persona:

6.a.4 ¿Cuál es la relación o parentesco de esa persona (militar o exmilitar) contigo?

- ○ MADRE/PADRE
- ○ HERMANO/HERMANA
- ○ ESPOSO(A)/PAREJA
- ○ HIJO/HIJA
- ○ OTRO, ESPECIFIQUE_____
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ○ NO SABE

6.b.4 ¿Ha tenido esa persona militar o exmilitar alguna de las siguientes experiencias? Por favor da una respuesta para cada opción. Puedes contestar sí a más de una opción.

	SÍ	NO	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
Fue enviado a una misión para apoyar operaciones de combate (por ejemplo a Iraq o a Afganistán)	○	○	○	○
Resultó herido físicamente durante operaciones de combate	○	○	○	○
Presentó síntomas de estrés a causa del combate/dificultades para ajustarse a la vida diaria después de la misión, incluyendo trastorno por estrés postraumático, depresión o pensamientos suicidas	○	○	○	○
Murió o lo mataron	○	○	○	○

[SI EL USUARIO ESTÁ RELACIONADO CON OTRO MILITAR O EXMILITAR, CONTINÚE, DE LO CONTRARIO VAYA A LA SECCIÓN C.]

Respecto a la quinta persona:

6.a.5 ¿Cuál es la relación o parentesco de esa persona (militar o exmilitar) contigo?

- ○ MADRE/PADRE
- ○ HERMANO/HERMANA
- ○ ESPOSO(A)/PAREJA
- ○ HIJO/HIJA
- ○ OTRO, ESPECIFIQUE_____
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ○ NO SABE

6.b.5 ¿Ha tenido esa persona militar o exmilitar alguna de las siguientes experiencias? Por favor da una respuesta para cada opción. Puedes contestar sí a más de una opción.

	SÍ	NO	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
Fue enviado a una misión para apoyar operaciones de combate (por ejemplo a Iraq o a Afganistán)	○	○	○	○
Resultó herido físicamente durante operaciones de combate	○	○	○	○
Presentó síntomas de estrés a causa del combate/dificultades para ajustarse a la vida diaria después de la misión, incluyendo trastorno por estrés postraumático, depresión o pensamientos suicidas	○	○	○	○
Murió o lo mataron	○	○	○	○

[SI EL USUARIO ESTÁ RELACIONADO CON OTRO MILITAR O EXMILITAR, CONTINÚE, DE LO CONTRARIO VAYA A LA SECCIÓN C.]

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

Respecto a la sexta persona:

6.a.6 ¿Cuál es la relación o parentesco de esa persona (militar o exmilitar) contigo?

- ○ MADRE/PADRE
- ○ HERMANO/HERMANA
- ○ ESPOSO(A)/PAREJA
- ○ HIJO/HIJA
- ○ OTRO, ESPECIFIQUE_____
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ○ NO SABE

6.b.6 ¿Ha tenido esa persona militar o exmilitar alguna de las siguientes experiencias? Por favor da una respuesta para cada opción. Puedes contestar sí a más de una opción.

	SÍ	NO	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
Fue enviado a una misión para apoyar operaciones de combate (por ejemplo a Iraq o a Afganistán)	○	○	○	○
Resultó herido físicamente durante operaciones de combate	○	○	○	○
Presentó síntomas de estrés a causa del combate/dificultades para ajustarse a la vida diaria después de la misión, incluyendo trastorno por estrés postraumático, depresión o pensamientos suicidas	○	○	○	○
Murió o lo mataron	○	○	○	○

C. ESTABILIDAD EN LA VIVIENDA

1. En los últimos 30 días, ¿cuántas ...	Número de noches/ Veces	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
a. noches has pasado sin tener un hogar propio?	|____|____|	○	○
b. noches has pasado en un hospital de salud mental?	|____|____|	○	○
c. noches has pasado en un centro de desintoxicación/tratamiento por abuso de sustancias ingresado/a o en residencia?	|____|____|	○	○
d. noches has 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 has ido [ha llevado a su niño/a] 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 has estado viviendo la mayor parte del tiempo?

[NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTAS AL CONSUMIDOR (CUIDADOR/A). ESCOJA SÓLO UNA].

- ○ CASA, APARTAMENTO, REMOLQUE O HABITACIÓN PROPIEDAD O ALQUILADA POR EL CUIDADOR/A
- ○ CASA, APARTAMENTO, REMOLQUE O HABITACIÓN INDEPENDIENTE DE PROPIEDAD O ALQUILER
- ○ CASA, APARTAMENTO, REMOLQUE O HABITACIÓN DE OTRA PERSONA
- ○ SIN HOGAR PROPIO (ASILO, CALLE/AIRE LIBRE, PARQUE)
- ○ HOGAR PARA GRUPOS
- ○ HOGAR DE ACOGIDA (TRATAMIENTO TERAPÉUTICO ESPECIALIZADO)
- ○ VIVIENDA DE TRANSICIÓN
- ○ HOSPITAL (MÉDICO)
- ○ HOSPITAL (PSIQUIÁTRICO)
- ○ CENTRO DE DESINTOXICACIÓN/TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS INGRESADO/A O EN RESIDENCIA
- ○ REFORMATORIO (CENTRO DE DETENCIÓN DE JÓVENES/CÁRCEL/PRISIÓN)
- ○ OTRO (ESPECIFIQUE) _____
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ○ NO SABE

D. ESTUDIOS

1. Durante los últimos 30 días de la escuela, ¿cuántos días estuviste ausente por cualquier motivo?

- ○ 0 DÍAS
- ○ 1 DÍA
- ○ 2 DÍAS
- ○ 3 A 5 DÍAS
- ○ 6 A 10 DÍAS
- ○ MÁS DE 10 DÍAS
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ○ NO SABE
- ○ NO CORRESPONDE

a. *[SI ESTUVO AUSENTE]*, ¿cuántos días fueron ausencias sin excusas?

- ○ 0 DÍAS
- ○ 1 DÍA
- ○ 2 DÍAS
- ○ 3 A 5 DÍAS
- ○ 6 A 10 DÍAS
- ○ MÁS DE 10 DÍAS
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ○ NO SABE
- ○ NO CORRESPONDE

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

- ○ NO HA ASISTIDO NUNCA
- ○ PREESCOLAR
- ○ JARDÍN DE INFANCIA
- ○ 1er GRADO
- ○ 2° GRADO
- ○ 3er GRADO
- ○ 4° GRADO
- ○ 5° GRADO
- ○ 6° GRADO
- ○ 7° GRADO
- ○ 8° GRADO
- ○ 9° GRADO
- ○ 10° GRADO
- ○ 11° GRADO
- ○ 12° GRADO/DIPLOMA DE ESCUELA SECUNDARIA/EQUIVALENTE (GED)
- ○ DIPLOMA VOCACIONAL/TÉCNICO
- ○ ALGUNOS CURSOS UNIVERSITARIOS
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ○ NO SABE

E. SITUACIÓN PENAL Y DE JUSTICIA PENAL

1. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces has 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 piensas sobre los servicios que has recibido durante los últimos 30 días, las personas que los proporcionaron y los resultados. Indica tu desacuerdo/acuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes.

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

AFIRMACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTAS					
	Muy en desacuerdo	**En desacuerdo**	**Indeciso/a**	**De acuerdo**	**Muy de acuerdo**	**SE NEGÓ A CONTESTAR**
a. El personal me trató con respeto.	○	○	○	○	○	○
b. El personal respetó las creencias religiosas/espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
c. El personal habló conmigo de forma que entendía.	○	○	○	○	○	○
d. El personal tuvo en cuenta mis antecedentes culturales/étnicos.	○	○	○	○	○	○
e. Ayudé a escoger los servicios.	○	○	○	○	○	○
f. Ayudé a escoger los objetivos de mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
g. Participé en mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
h. En general, estoy satisfecho/a con los servicios recibidos.	○	○	○	○	○	○
i. Las personas que me ayudan me apoyaron siempre.	○	○	○	○	○	○
j. Creo que tenía a alguien con quien hablar cuando tuve problemas.	○	○	○	○	○	○
k. Los servicios que he recibido eran los adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
l. Recibí la ayuda deseada.	○	○	○	○	○	○
m. Recibí tanta ayuda como necesitaba.	○	○	○	○	○	○

F. PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS (Continuación)

2. ***[INDIQUE QUIÉN ADMINISTRÓ LA SECCIÓN F - PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS AL CONSUMIDOR (CUIDADOR/A) EN 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. Indica tu desacuerdo/acuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes. Contesta 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 (CUIDADOR/A.]

AFIRMACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTAS					
	Muy en desacuerdo	**En desacuerdo**	**Indeciso/a**	**De acuerdo**	**Muy de acuerdo**	**SE NEGÓ A CONTESTAR**
a. Conozco a personas que me escucharán y entenderán cuando necesite hablar.	○	○	○	○	○	○
b. Conozco a personas con las que me siento cómodo/a de hablar sobre mis problemas.	○	○	○	○	○	○
c. En caso de crisis, tendría el apoyo que necesito de mi familia y amigos.	○	○	○	○	○	○
d. Conozco a personas con las que puedo hacer cosas agradables.	○	○	○	○	○	○

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

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

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

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.

EN ESTE MOMENTO NINGÚN PROGRAMA INFANTIL NECESITA OBTENER DATOS SOBRE LA SECCIÓN H.

I. ESTADO DE REEVALUACIÓN

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

1. ¿Ha tenido contacto usted u otro empleado 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) _____

[CONTINÚE CON 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

○ Día
○ Semana
○ Mes
○ Año

SE DESCONOCE
○

	Sí	**No**	**SE DESCONOCE**	**SERVICIO NO DISPONIBLE**
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?	○	○	○	