OMB (OFICINA DE GESTIÓN Y PRESUPUESTOS) N° 0930-0285
Fecha de expiración 31/ENERO/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 combinada para niños/adolescentes *o* cuidadores

CMHS

Center for Mental Health Services
SAMHSA

Octubre de 2015
Versión 11

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 ***[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

[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 / el género de su niño/a]?

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

2. ¿[Eres/Es su niño] 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/considera que pertenece su niño/a]? Conteste(a) sí o no a cada una de las preguntas siguientes. Puede(s) 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.]***

3. ¿De qué raza [consideras que eres/ considera que es su niño/a]? Conteste(a) sí o no a cada una de las preguntas siguientes. Puede(s) decir sí a más de una.

	SÍ	NO	SE NEGÓ A CONTESTAR
Negro/a americano/a de origen africano	○	○	○
Asiático/a	○	○	○
Nativo/a de Hawai 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/calificaría la salud general de su niño/a] 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(s) sobre cómo [te las arreglaste/se las arregló su niño/a] en [tu/su] vida diaria durante los últimos 30 días. Indica(que) [tu/su] 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**	**NO CORRESPONDE**
a. Me las arreglo [Mi niño/a se las arregla] en mi [su] vida diara.	○	○	○	○	○	○	
b. Me llevo bien [mi niño/a se lleva bien] con los miembros de la familia.	○	○	○	○	○	○	○
c. Me llevo bien [mi niño/a se lleva bien] con los amigos y otras personas.	○	○	○	○	○	○	
d. Me desenvuelvo [mi niño se desenvuelve] bien en la escuela/el trabajo.	○	○	○	○	○	○	○
e. Me las arreglo [mi niño se las arregla] bien cuando las cosas salen mal.	○	○	○	○	○	○	
f. Estoy satisfecho/a con nuestra 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/se ha] sentido durante los últimos 30 días. Para cada pregunta, [indica/indique] con qué frecuencia ha(s) 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/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 animarte(le)?	○	○	○	○	○	○	○
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/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(s) 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(s) 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(s) 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(s) 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 (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 = |____|____|____|

[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

[LAS PREGUNTAS 5 Y 6 SOLO SE HACEN EN LA ENTREVISTA DE REFERENCIA. SI ESTA NO ES UNA ENTREVISTA DE REFERENCIA, VAYA A LA SECCIÓN C.]

[SI EL ENCUESTADO ES EL CUIDADOR, VAYA A LA PREGUNTA 6.]
[SI EL CONSUMIDOR ES MENOR DE 18 AÑOS, VAYA A LA PREGUNTA 6.]

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

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

6. ¿Está alguien de [tu familia/la familia de su niño/a] o alguien cercano a [ti/su niño/a] 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
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ○ NO SABE

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/ha pasado su niño/a] sin hogar propio?	|____|____|	○	○
b. noches [has pasado/ha pasado su niño/a] en un hospital de salud mental?	|____|____|	○	○
c. noches [has pasado/ha pasado su niño/a] en un centro de desintoxicación/tratamiento por abuso de sustancias ingresado/a o en residencia?	|____|____|	○	○
d. noches [has pasado/ha pasado su niño/a] 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/ha estado su niño/a] 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/CARCEL/PRISIÓN)
- ○ OTRO (ESPECIFIQUE) _____
- ○ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ○ NO SABE

D. ESTUDIOS

1. **Durante los últimos 30 días de la escuela, ¿cuántos días [estuviste/estuvo su niño/a] 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/ha terminado su niño/a], tanto si ha(s) recibido un título como si no lo ha(s) 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/ ha sido arrestado su niño/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(s) sobre los servicios que [has recibido/ha recibido su niño/a] durante los últimos 30 días, las personas que los proporcionaron y los resultados. [Indica/Indique] [tu/su] 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 [mis servicios/ los servicios de mi niño/a].	○	○	○	○	○	○
f. Ayudé a escoger los objetivos [de mi tratamiento/ del tratamiento de mi niño/a].	○	○	○	○	○	○
g. He participado en [mi tratamiento/ el tratamiento de mi niño/a].	○	○	○	○	○	○
h. En general, estoy satisfecho/a con los servicios recibidos [por mi niño/a].	○	○	○	○	○	○
i. Las personas que [me ayudan /ayudan a mi niño/a] nos apoyaron siempre.	○	○	○	○	○	○
j. Creo que [mi niño/a] tenía a alguien con quien hablar cuando tuve [tuvo] problemas.	○	○	○	○	○	○
k. Los servicios que recibí [recibió mi niño/a y familia] fueron los adecuados para mí [nosotros].	○	○	○	○	○	○
l. Recibí [Recibió mi familia] la ayuda que quería [queríamos para mi niño/a].	○	○	○	○	○	○
m. Recibí [Recibió mi familia] tanta ayuda como necesité [necesitamos para mi niño/a].	○	○	○	○	○	○

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/Indique] [tu/su] desacuerdo/acuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes. Contesta(e) respecto a las relaciones con personas que no sean los proveedores de servicios de salud mental [de su niño/a] 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 personas que me escucharán y entenderán cuando necesite hablar.	○	○	○	○	○	○
b. Conozco a personas con las que me siento cómodo/a de hablar sobre mis [los] problemas [de mi niño/a].	○	○	○	○	○	○
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 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 DESDE SU ÚLTIMA ENTREVISTA DE NOM; 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 ○

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?	○	○	○	○