

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



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

<input type="radio"/> 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.] <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES AÑO	<input type="radio"/> Reevaluación ¿Cuál re-evaluación a los 6 meses? <input type="text"/> <input type="text"/> [ANOTE 06 PARA UNA REEVALUACIÓN A LOS 6 MESES, 12 PARA 12 MESES, 18 PARA 18 MESES, ETC.]	<input type="radio"/> Alta médica
---	--	-----------------------------------

2. ¿Se llevó a cabo una entrevista?

<input type="radio"/> Sí ¿Cuándo? <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES DÍA AÑO	<input type="radio"/> No ¿Por qué no? Seleccione una respuesta únicamente. <input type="radio"/> No se pudo obtener el consentimiento del representante <input type="radio"/> El consumidor no estaba en condiciones/no pudo dar el consentimiento <input type="radio"/> El consumidor rechazó esta entrevista únicamente <input type="radio"/> No se pudo localizar al consumidor para la entrevista <input type="radio"/> 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 PREFERE 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cubano/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dominicano/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mexicano/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Portorriqueño/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sudamericano/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OTRO (ESPECIFIQUE) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <i>[SI LA RESPUESTA ES SÍ, ESPECIFIQUE.]</i>

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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiático/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nativo/a de Hawai o de otras islas del Pacífico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nativo/a de Alaska	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blanco/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nativo/a americano/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 CORRESPON DE
a. Me las arreglo [Mi niño/a se las arregla] en mi [su] vida diara.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b. Me llevo bien [mi niño/a se lleva bien] con los miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Me llevo bien [mi niño/a se lleva bien] con los amigos y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
d. Me desenvuelvo [mi niño se desenvuelve] bien en la escuela/el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Me las arreglo [mi niño se las arregla] bien cuando las cosas salen mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
f. Estoy satisfecho/a con nuestra vida en familia ahora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

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						
	Continuamente	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Ninguna vez	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia [te has/se ha] sentido ...							
a. nervioso/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. desesperanzado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. inquieto/a o impaciente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. tan deprimido/a que nada podía animarte(le)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. que para cualquier cosa se requería un esfuerzo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. inútil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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?	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. noches [has pasado/ha pasado su niño/a] en un hospital de salud mental?	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. noches [has pasado/ha pasado su niño/a] en un centro de desintoxicación/tratamiento por abuso de sustancias ingresado/a o en residencia?	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. noches [has pasado/ha pasado su niño/a] en un reformatorio incluida cárcel o prisión?	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>[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 REFORMATARIO. (LOS ARTÍCULOS A-D NO PUEDEN EXCEDER DE 30 NOCHES).]</i>	_ _ _		
e. veces [has ido/ha llevado a su niño/a] a una sala de urgencias por un problema psiquiátrico o emocional?	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[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
- REFORMATARIO (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
- 1^{er} GRADO
- 2° GRADO
- 3^{er} 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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. El personal respetó las creencias religiosas/espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. El personal habló conmigo de forma que entendía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. El personal tuvo en cuenta mis antecedentes culturales/étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Ayudé a escoger [mis servicios/ los servicios de mi niño/a].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Ayudé a escoger los objetivos [de mi tratamiento/ del tratamiento de mi niño/a].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. He participado en [mi tratamiento/ el tratamiento de mi niño/a].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. En general, estoy satisfecho/a con los servicios recibidos [por mi niño/a].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Las personas que [me ayudan /ayudan a mi niño/a] nos apoyaron siempre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Creo que [mi niño/a] tenía a alguien con quien hablar cuando tuve [tuvo] problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Los servicios que recibí [recibió mi niño/a y familia] fueron los adecuados para mí [nosotros].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Recibí [Recibió mi familia] la ayuda que quería [queríamos para mi niño/a].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Recibí [Recibió mi familia] tanta ayuda como necesité [necesitamos para mi niño/a].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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
- RECOPIADOR 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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Conozco a personas con las que me siento cómodo/a de hablar sobre mis [los] problemas [de mi niño/a].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. En caso de crisis, tendría el apoyo que necesito de mi familia y amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Conozco a personas con las que puedo hacer cosas agradables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[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	<u>Proporcionados</u>		SE DESCONOCE	SERVICIO NO DISPONIBLE
	Sí	No		
1. Examen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Evaluación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Planificación o revisión del tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Servicios psicofarmacológicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Servicios de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[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)	<u>Proporcionados</u>		SE DESCONOCE	SERVICIO NO DISPONIBLE
	Sí	No		
6. Servicios simultáneos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Gestión de casos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Servicios específicos de trauma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Se recomendó al consumidor a otro proveedor para cualquier de los servicios básicos anteriores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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