

**RESULTADOS DE MEDIDAS DE
PROGRAMAS DISCRECIONALES
PARA CLIENTES DE CSAT GPRA
Revisado el 13 de Septiembre, 2010**

El tiempo calculado para suministrar este cuestionario y obtener la información correspondiente se estima en un promedio de 21 minutos por pregunta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información, si todas las secciones son preguntadas al cliente/participante. Si gran parte de la información ya ha sido recaudada como parte del seguimiento continuo del cliente, menos tiempo será requerido. Envié sus comentarios acerca del tiempo o cualquier otro aspecto de la recaudación de información de este formulario a SAMHSA Reports Clearance Office, Room 7-1045, 1 Choke Cherry Road, Rockville, MD 20857. Ninguna agencia podrá conducir o auspiciar la recaudación de esta información, al igual que tampoco se le obliga a ninguna persona a contestarla a menos que la misma tenga un número de control válido y vigente de OMB. El número de control de este proyecto es 0930-0208.

A. CONTROL DE ARCHIVOS

Número de cliente

Tipo de Cliente:

- Cliente en tratamiento
- Cliente en recuperación

Número de contrato/concesión

Tipo de entrevista **[MARQUE SOLAMENTE UNO]**

Entrevista inicial **[VEA LA FECHA DE ENTREVISTA]**

Seguimiento de 6 meses → → → ¿Llevó a cabo usted la entrevista siguiente? Sí No
[SI LA RESPUESTA ES NO, PROCEDA A LA SECCIÓN I]

Seguimiento de 3 meses **(SOLAMENTE PARA PROGRAMAS SELECCIONADOS)** → → →
¿Llevó a cabo usted la entrevista de seguimiento? Sí No
[SI LA RESPUESTA ES NO, PROCEDA A LA SECCIÓN I]

De Alta → → → ¿Llevó a cabo usted la entrevista final? Sí No
[SI LA RESPUESTA ES NO, PROCEDA A LA SECCIÓN J]

Fecha de la entrevista / /
Mes Día Año

[ENTREVISTAS DE SEGUIMIENTO Y DE ALTAS: PROCEDA A LA SECCIÓN B]

1. ¿Fue el cliente examinado por su programa por desórdenes o trastornos co-ocurrentes de ambos salud mental y por uso de sustancias?

- SÍ
- NO [SI LA RESPUESTA ES “NO” SALTE 1 A]

1a. [SI LA RESPUESTA ES SÍ] ¿Resultó positivo el cliente a desórdenes o trastornos co-ocurrentes de salud mental y por el uso de sustancias?

- SÍ
- NO

CONTINUEN SBIRT Y CAMPUS SBI. TODOS LOS DEMAS SIGAN A LA SECCION A “SERVICIOS PLANEADOS”

ESTA SECCION ES SOLAMENTE PARA LAS SIGUIENTES SUBVENCIONES [REPORTE SOLAMENTE DURANTE LA ENTREVISTA INICIAL/LÍNEA DE BASE]: SBIRT (Preguntas 2, 2a, y 3) y CAMPUS SBI (Preguntas 2 & 2a).

2. ¿Cual fue el resultado del examen a los programas SBIRT o Campus SBI?

- Negativo
- Positivo

2a. ¿Cual fue el resultado del examen?

AUDIT = |__|__|

CAGE = |__|__|

DAST = |__|__|

DAST-10 = |__|__|

NIAAA de guía = |__|__|

ASSIST/Subnota de alcohol = |__|__|

Other (Specify) _____ = |__|__|

Campus SBI: SIGA A LA SECCIÓN A “SERVICIOS PLANEADOS.”

3 ¿Estuvo el/ella dispuesto a continuar su participación en el programa de SBIRT?

- Sí
 - No
-

A. CONTROL DE ARCHIVOS – PLAN DE SERVICIOS [REPORTE DADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA ACERCA DEL CLIENTE SOLAMENTE EN LA ENTREVISTA INICIAL/LINEA DE BASE]

Identifique los servicios que le va a proporcionar al cliente durante el tiempo de tratamiento/recuperación.
[MARQUE LA “S” PARA SÍ Y LA “N” PARA No]

Modalidad	Sí	No
[SELECCIONE POR LO MENOS UNA MODALIDAD]		
1. Manejo de caso	S	N
2. Tratamiento durante el día	S	N
3. Tratamiento hospitalizado (fuera de Desintoxicación).	S	N
4. Tratamiento ambulatorio	S	N
5. Trabajador de alcance /comunitario	S	N
6. Trabajo de alcance intensivo	S	N
7. Metadona	S	N
8. Tratamiento residencial/ rehabilitación	S	N
9. Desintoxicación (solo seleccione uno)		
A. Tratamiento hospitalizado	S	N
B. Residencial sin límites	S	N
C. Desintoxicación ambulatoria	S	N
10. Cuidado después de tratamiento	S	N
11. Apoyo de recuperación	S	N
12. Otro (especifique)_____	S	N

[SELECCIONE POR LO MENOS UN SERVICIO]

Servicios de Tratamiento	Sí	No
[CONCESIÓN DE SBIRT: MARQUE POR LO MENOS UNO DE LOS TRATAMIENTOS ENUMERADOS DE 1 HASTA 4]		
1. Examinación (Screening en Inglés)	S	N
2. Intervención breve	S	N
3. Tratamiento breve	S	N
4. Tratamiento de referencia a especialista	S	N
5. Evaluación	S	N
6. Tratamiento/ Plan de recuperación	S	N
7. Consejos individuales	S	N
8. Consejos en grupo	S	N
9. Consejos conyugales /de familia	S	N
10. Tratamiento co-ocurrente/ Servicios de recuperación	S	N
11. Intervenciones farmacológicas	S	N
12. Consejos sobre VIH/SIDA	S	N
13. Otros servicios clínicos (especifique)_____	S	N

Servicios del Manejo de Caso	Sí	No
1. Servicios para la familia (incluyendo educación conyugal, educación de padres, y desarrollo de niños)	S	N
2. Guardería de niños	S	N
3. Servicio de empleo		
A. Antes de empleo	S	N
B. Entrenamiento para empleo	S	N
4. Coordinación de servicios individuales	S	N
5. Transporte	S	N
6. Servicios sobre VIH/SIDA	S	N
7. Apoyo para servicios de vivienda transitoria en lugares libre de drogas.	S	N
8. Otros servicios de manejo de caso (especifique)_____	S	N

Servicios Médicos	Sí	No
1. Cuidado médico	S	N
2. Análisis de alcohol/drogas	S	N
3. Análisis de apoyo médico sobre VIH/SIDA	S	N
4. Otros servicios médicos (especifique)_____	S	N

Servicios Posteriores de Cuidado	Sí	No
1. Continuación de cuidado	S	N
2. Prevención a una recaída	S	N
3. Entrenamiento para recuperación	S	N
4. Apoyo personal/Grupos de apoyo	S	N
5. Apoyo espiritual	S	N
6. Otros servicios de cuidado posterior (especifique) _____	S	N

Servicios de Educación	Sí	No
1. Educación sobre abuso de sustancias	S	N
2. Educación sobre VIH/SIDA	S	N
3. Otros servicios de educación (especifique)_____	S	N

Servicios de Apoyo de Recuperación de Una Persona a Otra	Sí	No
1. Entrenamiento de una persona a otra/mentor	S	N
2. Apoyo de vivienda	S	N
3. Actividades libres de alcohol y drogas	S	N
4. Información y referencias	S	N
5. Otros servicios de apoyo de recuperación de una persona a otra (especifique)	S	N

A. CONTROL DE ARCHIVOS– DEMOGRAFÍA [SOLAMENTE PREGUNTE EN LA ENTREVISTA INICIAL/LÍNEA DE BASE]

1. ¿Cuál es su género?

- MASCULINO
- FEMENINO
- TRANSGÉNERO
- OTRO (ESPECIFIQUE) _____
- REHÚSA A CONTESTAR

2. ¿Es usted Hispano o Latino?

- SÍ
- NO
- REHÚSA A CONTESTAR

[SI ES SÍ] ¿De qué grupo étnico se considera usted? Por favor conteste sí o no a los siguientes grupos. Usted puede decir sí a más de uno.

	Sí	No	Rehúsa
Centroamericano(a)	S	N	Rehúsa
Cubano(a)	S	N	Rehúsa
Dominicano(a)	S	N	Rehúsa
Mexicano(a)	S	N	Rehúsa
Puertorriqueño(a)	S	N	Rehúsa
Sur Americano(a)	S	N	Rehúsa
Otro	S	N	Rehúsa [SI ES SÍ ESPECIFIQUE ABAJO] (especifique) _____

3. ¿Cuál es su raza? Por favor conteste sí o no a cada uno de los siguientes grupos. Usted puede decir sí a más de uno.

	Sí	No	Rehúsa
Raza negra o afro americano	S	N	Rehúsa
Asiático	S	N	Rehúsa
Hawaiano o de las islas del pacífico	S	N	Rehúsa
Nativo de Alaska	S	N	Rehúsa
Raza blanca	S	N	Rehúsa
Indígena o indio americano	S	N	Rehúsa

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?*

____|____| / ____|____| /
MES DÍA

____|____|____|____|
AÑO

- REHÚSA [*EL SISTEMA SOLAMENTE GUARDARÁ EL MES Y AÑO. EL DÍA NO SE VA A GUARDAR PARA MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD.]

5. ¿Es usted un veterano/a?

- SÍ
- NO
- REHÚSA
- NO SABE

B. USO DE ALCOHOL Y DROGAS

	Número de días	REHÚSA	NO SABE
1. Durante los últimos 30 días ¿Por cuántos días ha usado las siguientes sustancias?			
a. Cualquier bebida con alcohol <i>[SI LA RESPUESTA ES CERO, PROCEDA AL B1c]</i>	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b1. Alcohol hasta intoxicarse o emborracharse (5 tragos o mas en una sola ocasión)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b2. Alcohol hasta intoxicarse o emborracharse (4 tragos o menos en una sola ocasión y sintió el efecto del alcohol)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Drogas ilegales <i>[SI B1a Q B1c = 0, RH, NS, PROCEDA AL B2.]</i>	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Ambos alcohol y drogas (el mismo día)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tipo de ruta de administración:

1. Oral 2. Nasal 3. Fumando 4. Inyectando no en la vena
5. Inyectando en la vena

*NOTE LA RUTA USUAL. POR MÁS DE UNA RUTA, ESCOJA LA MÁS SEVERA. LAS RUTAS ESTÁN MENCIONADAS DE LA MENOS SEVERA (1) A LA MÁS SEVERA (5)

2. Durante los últimos 30 días ¿Por cuántos días usted ha usado alguna de las siguientes sustancias? [SI EL VALOR DE B2a A B2i > 0, ENTONCES EL VALOR DE B1c DEBE SER > 0.]

	Número de días	RH	NS	Ruta*	RH	NS
a. Cocaína/roca (crack)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Marijuana/hachís (pasto, yerba, krippie = PR, chocolate)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Opios/opiáceos						
1. Heroína (tecata, manteca, chiva, hambrecitos)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Morfina	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Diluadid	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Demerol	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Percocet	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Darvon	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Codeína	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Tylenol 2,3,4	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Oxycontin/Oxycodone	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Metadona sin receta (LAAM, dolopina)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Fenciclidina (PCP, niebla) u otros alucinógenos/psicodélicos, MDMA, LSD (ácido), psilocibina (las mujercitas), mescalina (peyote), hongos	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Metanfetamina (cristina), u otras anfetaminas (bombitas), “crank = LA, SF”	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. USO DE ALCOHOL Y DROGAS (continuación)

Tipo de ruta de administración:

1. Oral 2. Nasal 3. Fumando 4. Inyectando no en la vena
5. Inyectando en la vena

*NOTE LA RUTA USUAL. POR MÁS DE UNA RUTA, ESCOJA LA MÁS SEVERA. LAS RUTAS ESTÁN MENCIONADAS DE LA MENOS SEVERA (1) A LA MÁS SEVERA (5)

2. Durante los últimos 30 días ¿Por cuántos días a usado alguna de las siguientes sustancias?) [SI EL VALOR DE B2a HASTA B2i > 0, ENTONCES EL VALOR DE B1c DEBE SER > 0.]

		Número de días		Ruta* RH NS		
		RH	NS	RH	NS	NS
g.	1. Benzodiacepina: Diazepan (Valium), Alpeazolam (Xanax), Triazolam (Halción), y Estasolam (Prosom y Rohypnol, y también conocido como roofies, roche, y cope)	____ ____		____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2. Barbitúricos: Mephobarbital (Mebacut); y pentobarbital sodium (Nembutal)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>
	3. Sin receta GHB (conocido como daño corporal grave), éxtasis en líquido, y (Chico Georgia) G	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>
	4. Ketamina (conocida como Special K o vitamina K)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>
	5. Otros tranquilizadores, sedantes o hipnóticos.	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>
h.	Inhalantes, anfetaminas, pega = PR, goma = Mexico, disolvente, gasolina, pintura	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>
i.	Otras drogas ilegales (especifique) _____	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>

3. Durante los últimos 30 días ¿Se ha inyectado drogas? [SI CUALQUIER VIA DE ADMINISTRACION DE B2a HASTA B2i = 4 o 5, ENTONCES B3 TIENE QUE SER = SÍ.]

- SÍ
 NO
 REHÚSA A CONTESTAR
 NO SABE

[SI LA RESPUESTA ES REHÚSA, NO, O NO SABE, PROCEDA A LA SECCIÓN C.]

4. En los últimos 30 días ¿Con que regularidad (frecuencia) ha utilizado una jeringa (jeringilla)/aguja, puya, erre, algodón, o el agua que había sido usada por otra persona?

- Siempre
 Más de la mitad de las ocasiones
 La mitad de las ocasiones
 Menos de la mitad de las ocasiones
 Nunca
 REHÚSA A CONTESTAR
 NO SABE

C. CONDICIONES FAMILIARES Y DE VIVIENDA

1. **Durante los últimos 30 días ¿Dónde ha vivido la mayoría del tiempo? [NO LE LEA LAS OPCIONES AL CLIENTE]**
- EN UN ALBERGUE O SHELTER (LUGAR SEGURO, CENTRO TRANSITORIO DE VIVIENDA, UN LUGAR DE BAJA DEMANDA, OTROS LUGARES TRANSITORIOS DE DÍA O NOCHE)
 - EN LA CALLE [AFUERA EN LA ACERA (BANQUETA), EN UN PORTAL O EDIFICIO ABANDONADO, PARQUE]
 - EN UNA INSTITUCIÓN, (HOSPITAL, CASA DE REPOSO O ASISTENCIA, CÁRCEL, PRISIÓN)
 - EN UNA CASA
 - CASA, APARTAMENTO O CUARTO/HABITACIÓN (PROPIO/RENTADO)
 - CASA, APARTAMENTO, O CUARTO/HABITACIÓN DE OTRA PERSONA
 - RESIDE EN DORMITORIO O COLEGIO
 - CASA DE REHABILITACIÓN
 - TRATAMIENTO RESIDENCIAL
 - OTRA CLASE DE ALOJAMIENTO/ALBERGUE, ESPECIFIQUE: _____
 - REHÚSA A CONTESTAR
 - NO SABE
2. **Durante los últimos 30 días, ¿Cuánto estrés (preocupación excesiva) ha sufrido por su uso de alcohol o drogas? [SI B1a Q B1c > 0, ENTONCES C2 NO PUEDE SER = “NO APLICA”.]**
- Ninguno
 - Un poco
 - Considerable
 - Bastante
 - NO APLICA
 - REHÚSA A CONTESTAR
 - NO SABE
3. **Durante los últimos 30 días, ¿Su uso de alcohol o drogas le ha causado reducir o abandonar actividades importantes? [SI B1a Q B1c > 0, ENTONCES C3 NO PUEDE SER = “NO APLICA”.]**
- Ninguno
 - Un poco
 - Considerable
 - Bastante
 - NO APLICA
 - REHÚSA A CONTESTAR
 - NO SABE
4. **Durante los últimos 30 días, ¿Su uso de alcohol o drogas le ha causado problemas emocionales? [SI B1a Q B1c > 0, ENTONCES C4 NO PUEDE SER = “NO APLICA”.]**
- Ninguno
 - Un poco
 - Considerable
 - Bastante
 - NO APLICA
 - REHÚSA A CONTESTAR
 - NO SABE

C. **CONDICIONES FAMILIARES Y DE VIVIENDA (continuación)**

5. **[SI NO ES MASCULINO] ¿Está embarazada?**

- SÍ
- NO
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

6. **¿Tiene usted hijos?**

- SÍ
- NO
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

[SI LA RESPUESTA ES NO, REHÚSA A CONTESTAR O NO SABE VAYA A LA SECCIÓN D.]

¿Cuántos hijos tiene usted? [SI C6 = SÍ, ENTONCES EL VALOR DE C6a DEBE SER > 0.]

a.

____|____| REHÚSA A CONTESTAR NO SABE

b. **¿Tiene usted alguno de sus hijos viviendo con otra persona por causa de alguna protección de la corte?**

- SÍ
- NO
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

[SI LA RESPUESTA ES NO, REHÚSA A CONTESTAR O NO SABE VAYA A LA PREGUNTA C6d.]

c. **[SI LA RESPUESTA ES SÍ] ¿Cuántos de sus hijos están viviendo con otra persona por causa de alguna orden de protección de la corte? [EL VALOR DE C6c NO PUEDE EXEDER EL VALOR DE C6a.]**

____|____| REHÚSA A CONTESTAR NO SABE

C. CONDICIONES FAMILIARES Y DE VIVIENDA (continuación)

- d. **¿Por cuántos de sus hijos usted ha perdido sus derechos de padre? [LOS DERECHOS DE PADRE DEL CLIENTE SE LOS QUITARON.] [EL VALOR DE C6d NO PUEDE EXEDER EL VALOR DE C6a.]**

____|____| REHÚSA A CONTESTAR NO SABE

D. EDUCACIÓN, EMPLEO, E INGRESOS ECONÓMICOS

1. **¿Está usted inscrito o matriculado en una escuela o programa de entrenamiento para empleo? [SI ESTÁ INSCRITO], ¿Es por tiempo completo o parcial? [SI EL CLIENTE ESTA ENCARCELADO MARQUE DI COMO “NO ESTOY INSCRITO O MATRICULADO.”]**

- NO ESTOY INSCRITO O MATRICULADO
- INSCRITO A TIEMPO COMPLETO
- INSCRITO A TIEMPO PARCIAL
- OTRA FORMA (ESPECIFIQUE) _____
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

2. **¿Hasta qué grado o nivel de educación ha completado, aunque no se haya graduado o recibido un diploma?**

- NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA
- 1^r GRADO
- 2^o GRADO
- 3^o GRADO
- 4^o GRADO
- 5^o GRADO
- 6^o GRADO
- 7^o GRADO
- 8^o GRADO
- 9^o GRADO
- 10^o GRADO
- 11^o GRADO
- 12^o GRADO/DIPLOMA DE SECUNDARIA O EQUIVALENTE
- PRIMER AÑO UNIVERSITARIO (COLLEGE) COMPLETADO
- SEGUNDO AÑO UNIVERSITARIO (COLLEGE) COMPLETADO CON UN GRADO DE ASOCIADO (AA, AS)
- TERCER AÑO UNIVERSITARIO (COLLEGE) COMPLETADO
- BACHILLERATO (BA,BS) O MÁS ALTO
- PROGRAMA VOCACIONAL TÉCNICO DESPUÉS DE LA SECUNDARIA PERO SIN RECIBIR DIPLOMA
- DIPLOMA DE PROGRAMA VOCACIONAL TÉCNICO DESPUÉS DE LA SECUNDARIA
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

D. EDUCACIÓN, EMPLEO, E INGRESOS ECONÓMICOS (continuación)

3. **¿Tiene usted un empleo actualmente? [ACLARE ENFOCÁNDOSE EN LA CONDICIÓN DURANTE LA MAYOR PARTE DE LA SEMANA. ASÍ DETERMINARÁ SI EL CLIENTE REALMENTE TRABAJÓ, O TUVO EMPLEO PERO ESTUVO AUSENTE. SI EL CLIENTE ESTA INSCRITO A TIEMPO COMPLETO EN DI E INDICA “EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO” EN D3, PIDA UNA ACLARACION. SI EL CLIENTE ESTA ENCARCELADO Y NO TIENE EMPLEO FUERA DE LA CARCEL, MARQUE D3 COMO “DESEMPLEADO, Y NO BUSCA TRABAJO”.]**

- EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO (35 HORAS O MÁS POR SEMANA, O LO HUBIERA TENIDO)
- EMPLEADO A TIEMPO PARCIAL
- DESEMPLEADO, BUSCANDO TRABAJO
- DESEMPLEADO, INCAPACITADO = PR
- DESEMPLEADO O HACE TRABAJO VOLUNTARIO
- DESEMPLEADO, JUBILADO (RETIRADO)
- DESEMPLEADO, Y NO BUSCA TRABAJO
- OTRA CONDICIÓN (ESPECIFIQUE): _____
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

4. **¿Cuánto dinero aproximadamente ha recibido USTED durante los últimos 30 días? (antes de pagar de impuestos). De... [SI D3 NO = “EMPLEADO” Y EL VALOR DE D4a ES MAYOR QUE ZERO, AVERIGUE. SI D3 = “DESEMPLEADO, BUSCANDO TRABAJO” Y EL VALOR DE D4b = 0, AVERIGUE. SI D3 = “DESEMPLEADO, JUBILADO (RETIRADO)” Y EL VALOR DE D4c = 0, AVERIGUE. SI D3 = “DESEMPLEADO, INCAPACITADO” Y EL VALOR DE D4d = 0, AVERIGUE.]**

		RH	NS
a. Salario	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Asistencia pública	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Jubilación (retiro)	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Por incapacidad	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Ingresos ilegales	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Familia y/o amigos	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Otro (especifique)	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E. CONDICIÓN LEGAL Y CRIMINAL

1. **En los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha sido arrestado?**

|____| |____| VECES REHÚSA A CONTESTAR NO SABE

[SI NO HA SIDO ARRESTADO, SALTE A LA E3]

2. **En los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha sido arrestado por delitos relacionados con drogas? [EL VALOR DE E2 NO PUEDE SER MÁS QUE EL VALOR DE E1.]**

|____| |____| VECES REHÚSA A CONTESTAR NO SABE

E. CONDICIÓN LEGAL Y CRIMINAL (continuación)

3. En los últimos 30 días, ¿Cuántas noches ha pasado en prisión/cárcel? *[SI EL VALOR DE E3 ES MAYOR QUE 15, ENTONCES C1 DEBE SER = INSTITUCIÓN (CARCEL/PRISION). SI C1 = INSTITUCIÓN (CARCEL/PRISION), ENTONCES EL VALOR DE E3 DEBE SER MAYOR O IGUAL A 15.]*

|_|_| NOCHES REHÚSA A CONTESTAR NO SABE

4. Durante los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha cometido usted algún crimen? *[MARQUE EL NÚMERO DE DÍAS QUE EL CLIENTE USÓ DROGAS ILEGALES EN LA B1c PÁGINA 5. LA RESPUESTA AQUÍ EN LA SECCIÓN E4 TIENE QUE SER IGUAL O MÁS QUE LA RESPUESTA EN LA B1c PORQUE EL USAR DROGAS ILEGALES ES UN CRIMEN.]*

|_|_|_| VECES REHÚSA A CONTESTAR NO SABE

5. ¿Está usted en espera de algún cargo criminal, juicio o sentencia?

SÍ
 NO
 REHÚSA A CONTESTAR
 NO SABE

6. ¿Está usted en estos momentos en libertad bajo palabra o condicional?

SÍ
 NO
 REHÚSA A CONTESTAR
 NO SABE

F. PROBLEMAS DE SALUD FÍSICOS Y MENTALES Y TRATAMIENTOS / RECUPERACIÓN

1. ¿Cómo describiría usted su salud actual?

Excelente
 Muy buena
 Buena
 Regular
 Mal
 REHÚSA A CONTESTAR
 NO SABE

**F. PROBLEMAS DE SALUD FÍSICOS Y MENTALES Y TRATAMIENTOS/RECUPERACIÓN
(continuación)**

2. Durante los últimos 30 días, ha recibido usted:

a. Tratamiento hospitalizado por:

		<i>[SI ES SÍ]</i>			
	SÍ	Total de noches	NO	RH	NS
i. Problema o queja física	<input type="radio"/>	_____ noches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ii. Dificultades mentales o emocionales	<input type="radio"/>	_____ noches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iii. Abuso de alcohol o drogas	<input type="radio"/>	_____ noches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**b. Tratamiento externo (ambulatorio)
por:**

		<i>[SI ES SÍ]</i>			
	SÍ	Total de veces	NO	RH	NS
i. Problemas o quejas físicas	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ii. Dificultades mentales o emocionales	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iii. Abuso de alcohol o drogas	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

c. Tratamiento en sala de emergencia

		<i>[SI ES SÍ]</i>			
	SÍ	Total de veces	NO	RH	NS
i. Problemas o quejas físicas	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ii. Dificultades mentales o emocionales	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iii. Abuso de alcohol o drogas	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F. PROBLEMAS DE SALUD FÍSICOS Y MENTALES Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN (continuación)

3. ¿Durante los últimos 30 días ha tenido actividades sexuales?

- Sí
- No → **[PROCEDA AL F4]**
- NO ES PERMITIDO PREGUNTARLE → **[PROCEDA AL F4.]**
- REHÚSA A CONTESTAR **[PROCEDA AL F4.]**
- NO SABE → **[PROCEDA AL F4.]**

[SI LA RESPUESTA ES SÍ] Todo junto, cuantas veces:

	Contactos	RH	NS
a. Ha tenido contactos sexuales? (vaginal, oral, anal)	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Ha tenido contactos sexuales sin protección? [EL VALOR DE F3b NO DEBE SER MAYOR QUE EL VALOR DE F3a.] [SI ES CERO, PROCEDA A F4.]	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Los contactos sexuales sin protección fueron con una persona la cual es o era: [NINGUNO DE LOS VALORES DE F3c1 A F3c3 NO PUEDE SER MAYOR AL VALOR DE F3b.]			
1. Portador del virus VIH/SIDA	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Alguien que usa drogas inyectadas	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Intoxicado(a) con alguna sustancia	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. ¿Alguna vez se ha realizado usted la prueba del VIH?

- Sí..... [SIGA A LA F4a.]
- No..... [PROCEDA A LA F5.]
- REHÚSA..... [PROCEDA A LA F5]
- NO SABE..... [PROCEDA A LA F5.]

4a. ¿Sabe los resultados de su prueba del VIH?

- Sí
- No

5. Durante los últimos 30 días, y no causado por su uso de alcohol o drogas, cuántos días usted ha:

	Días	RH	NS
a. Sufrido depresión grave	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Sufrido ansiedad o tensión grave	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Sufrido alucinaciones	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Sufrido problemas entendiendo, concentrándose o recordando algo	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Sufrido problemas controlando su temperamento violento	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Intentado suicidarse	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Recibido medicinas/recetas prescritas para problemas psicológicos/emocionales	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[SI EL CLIENTE CONTESTA CERO DÍAS A TODAS LAS PREGUNTAS EN LA CUESTION 5, PROCEDA A LA SECCIÓN G]

6. ¿Cuánto le ha molestado/afectado esos problemas psicológicos o emocionales en los últimos 30 días?

- Para nada
- Un poco
- Moderadamente
- Considerablemente
- Extremadamente
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

G. CONEXIONES SOCIALES

1. **¿Durante los últimos 30 días ha asistido usted voluntariamente a algún programa para grupos de ayuda personal y de recuperación que no sean afiliados con alguna religión u organización basada en fe? Para decirlo de otra manera, ¿ha participado usted en algún grupo no profesional, grupo organizado de una a otra persona, que sea solamente dedicado a ayudar individuos que tienen problemas relacionados con adicción? Programas como son los Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, La Casa Oxford, Organización Secular para la Sobriedad, o Mujeres Sobrias, etc.**
- SÍ **[SI ES SÍ]** ESPECIFIQUE CUANTAS VECES ____ REHÚSA A CONTESTAR NO SABE
- NO
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE
2. **¿Durante los últimos 30 días, ha usted asistido a algún programa de ayuda personal afiliado con alguna religión / organización basada en fe?**
- SÍ **[SI ES SÍ]** ESPECIFIQUE CUANTAS VECES ____ REHÚSA A CONTESTAR NO SABE
- NO
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE
3. **¿Durante los últimos 30 días, ha usted asistido a alguna reunión de alguna organización que apoya a la recuperación que no se haya mencionado hasta el momento?**
- SÍ **[SI ES SÍ]** ESPECIFIQUE CUANTAS VECES ____ REHÚSA A CONTESTAR NO SABE
- NO
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE
4. **¿Durante los últimos 30 días ha usted tenido algún intercambio con un familiar/amigo que lo apoye en su recuperación?**
- SÍ
- NO
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE
5. **¿Con quien puede hablar usted cuando tiene problemas? [SELECCIONE SOLAMENTE UNA RESPUESTA]**
- NADIE
- SACERDOTE/MINISTRO O PERSONA CLERICAL DE UNA IGLESIA
- MIEMBRO FAMILIA
- AMIGOS
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE
- OTRO, ESPECIFIQUE _____

I. ESTADO EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO

[REPORTE DADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA ACERCA DEL CLIENTE SOLAMENTE EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO]

1. ¿Cuál es el estado del cliente en la entrevista de seguimiento? *[EN ESTA ÁREA SE REQUIERE UNA RESPUESTA: NO SE ACEPTARÁ: NO APPLICABLE (NA), REHÚSA A CONTESTAR, NO SABE, O NO EXISTE]*

- 01 = Difunto/fallecido a la fecha de la entrevista
- 11 = Entrevista completada de acuerdo a la fecha indicada
- 12 = Entrevista completada pero fuera de la fecha indicada
- 21 = Localizado/a pero se rehusó a participar en la entrevista, sin ninguna especificación
- 22 = Localizado/a pero no se logró acceso a la institución donde se encuentra el cliente
- 23 = Localizado/a pero no se logró acceso
- 24 = Localizado/a pero se retiró del programa/proyecto
- 31 = No se logró localizar, se mudó, cambió de dirección
- 32 = No se logró localizar (ESPECIFIQUE) _____

2. ¿Todavía está recibiendo servicios de su programa el cliente?

- Sí
- No

[SI ESTA ES UNA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO PARE AHORA, LA ENTREVISTA HA TERMINADO]

J. ESTADO DE ALTA DEL CLIENTE

[REPORTE DADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA ACERCA DEL CLIENTE CUANDO SE LE DA DE ALTA)

1. ¿En que fecha se le dio de alta al cliente?

____|____| / ____|____| / ____|____|____|____|
Mes Día Año

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

- 01 = Completó programa/graduado
- 02 = Terminación/ fin

Si el cliente abandonó el programa/terminación ¿Cuál fue la razón de su abandono/terminación?

[SELECCIONE UNA RESPUESTA]

- 01 = Abandonó por su propia decisión en contra del consejo del personal, con progreso satisfactorio.
- 02 = Abandonó por su propia decisión en contra del consejos del personal, sin progreso satisfactorio.
- 03 = Dado de alta involuntario/se fue del tratamiento, debido a la falta de participación.
- 04 = Dado de alta involuntario/se fue del tratamiento debido a violaciones de las reglas.
- 05 = Referido/a a otro programa o servicios con progreso satisfactorio.
- 06 = Referido/a a otro programa o servicios sin progreso satisfactorio
- 07 = Encarcelado/a debido a una ofensa cometida durante tratamiento con progreso satisfactorio.
- 08 = Encarcelado/a por una ofensa cometida durante tratamiento sin progreso satisfactorio.
- 09 = Encarcelado/a debido a una orden de detención o cargo anterior, antes de entrar a tratamiento con progreso satisfactorio.
- 10 = Encarcelado/a debido a una orden de detención o por un cargo anterior, antes de entrar a tratamiento sin progreso satisfactorio.
- 11 = Transferido a otra facilidad de tratamiento debido a razones médicas/de salud.
- 12 = Fallecido/Difunto/Muerto
- 13 = Otra (Especifique) _____

3. ¿El programa le realizo la prueba del VIH al cliente?

- Sí [PROCEDA A LA SECCION K.]
- No [SIGA A LA J4.]

4. [SI LA RESPUESTA ES NO] ¿El programa refirió al cliente a hacerse la prueba?

- Sí
- No

K. SERVICIOS RECIBIDOS [REPORTADOS POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA SOBRE EL CLIENTE SOLAMENTE CUANDO ESTE DE ALTA]

Identifique el número de DÍAS de servicios que se le proporcionaron al cliente durante el curso de su tratamiento/recuperación. [MARQUE CERO SI NO SE LE PROPORCIONARON SERVICIOS. DEBIERA TENER POR LO MENOS UN DÍA PARA MODALIDAD.]

MODALIDAD	DÍAS
1. Manejo de caso	□□□□
2. Tratamiento durante el día	□□□□
3. Tratamiento hospitalizado (fuera de Desintoxicación).	□□□□
4. Tratamiento ambulatorio	□□□□
5. Trabajador de alcance/comunitario	□□□□
6. Trabajo de alcance intensivo	□□□□
7. Metadona	□□□□
8. Tratamiento residencial/rehabilitación	□□□□
9. Desintoxicación (solo seleccione uno)	
A. Tratamiento hospitalizado	□□□□
B. Residencial sin límites	□□□□
C. Desintoxicación ambulatoria	□□□□
10. Cuidado después de tratamiento	□□□□
11. Apoyo de recuperación	□□□□
12. Otro (especifique) _____	□□□□

Identifique el número de sesiones que se le proporcionó al cliente durante el curso de tratamiento/recuperación. [MARQUE CERO SI NO SE LE PROPORCIONO SERVICIOS]

Servicios de Tratamiento [CONCESIÓN DE SBIRT: MARQUE POR LO MENOS UNO DE LOS TRATAMIENTOS ENUMERADOS DE 1 HASTA 4]	Sesiones
1. Examinación (Screening en Inglés)	□□□□
2. Intervención breve	□□□□
3. Tratamiento breve	□□□□
4. Tratamiento de referencia a especialista	□□□□
5. Evaluación	□□□□
6. Tratamiento/Plan de recuperación	□□□□
7. Consejos individuales	□□□□
8. Consejos en grupo	□□□□
9. Consejos conyugales/de familia	□□□□
10. Tratamiento co-ocurrente/Servicios de recuperación.	□□□□
11. Intervenciones farmacológicas	□□□□
12. Consejos sobre VIH/SIDA	□□□□
13. Otros servicios clínicos _____ (especifique) _____	□□□□

Servicios del Manejo de Caso	Sesiones
1. Servicios para la familia (incluyendo educación conyugal, educación de padres, y desarrollo de niños)	□□□□
2. Guardería de niños	□□□□
3. Servicio de empleo	
A. Antes de empleo	□□□□
B. Entrenamiento para empleo	□□□□
4. Coordinación de servicios individuales	□□□□
5. Transporte	□□□□
6. Servicios sobre VIH/SIDA	□□□□
7. Apoyo para servicios de vivienda transitoria en lugares libre de drogas.	□□□□
8. Otros servicios de manejo de caso (especifique) _____	□□□□

Servicios Médicos	Sesiones
1. Cuidado médico	□□□□
2. Análisis de alcohol/drogas	□□□□
3. Análisis y apoyo médico sobre VIH/SIDA	□□□□
4. Otros servicios médicos (especifique) _____	□□□□

Servicios Posteriores de Cuidado	Sesiones
1. Continuación de cuidado	□□□□
2. Prevención a una recaída	□□□□
3. Entrenamiento para recuperación	□□□□
4. Apoyo personal/Grupos de apoyo	□□□□
5. Apoyo espiritual	□□□□
6. Otros servicios de cuidado posterior (especifique) _____	□□□□

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

Servicios de Apoyo de Recuperación de Una Persona a Otra	Sesiones
1. Entrenamiento de una persona a otra/mentor	□□□□
2. Apoyo de vivienda	□□□□
3. Actividades libres de alcohol y drogas	□□□□
4. Información y referencias	□□□□
5. Otros servicios de apoyo de recuperación de una persona a otra (especifique) _____	□□□□