

## **RESULTADOS DE MEDIDAS DE PROGRAMAS DISCRECIONARIOS PARA CLIENTES DE CSAT GPRA**

El tiempo calculado para suministrar este cuestionario y obtener la información correspondiente se estima en un promedio de 20 minutos, incluyendo el tiempo requerido para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos ya existentes, recopilar y mantener los datos requeridos, y completar y revisar la colección de la información, si le pregunta todas las preguntas del cliente/participante. Si gran parte de la información ya ha sido recaudada como parte del seguimiento continuo del cliente, menos tiempo será requerido. Envíe sus comentarios acerca del tiempo o cualquier otro aspecto de la recaudación de información de este formulario a SAMHSA Reports Clearance Office, Room 7-1044, 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 CARPETA DE ADOLESCENTES) →  
¿Llevó a cabo usted la entrevista de seguimiento?  Sí  No  
[SI LA RESPUESTA ES NO, PROCEDA A LA SECCIÓN I]

Dado 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

**Solamente para los contratos de SBIRT: Reporte solamente durante la entrevista inicial/línea de base**

¿Cómo comprobó el cliente?  Negativo  Positivo

¿Cuál fue su nota de comprobación?

AUDIT = | | | |

CAGE = | | | |

DAST = | | | |

DAST-10 = | | | |

NIAAA de guía = | | | |

ASSIST/subnota de alcohol = | | | |

Otras (Especifique) \_\_\_\_\_ = | | | |

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Estuvo el/ella dispuesto a continuar su participación en el programa de SBIRT?  Sí  No

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

**A. CONTROL DE ARCHIVOS (continuación)**

**PLAN DE SERVICIOS [REPORTE DADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA ACERCA DEL CLIENTE SOLAMENTE EN LA ENTREVISTA INICIAL /LÍNEA 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]*

<b>Modalidad</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>[SELECCIONE POR LO MENOS UNA MODALIDAD]</b>		
1. Manejo de caso	S	N
2. Tratamiento durante el día	S	N
3. Tratamiento hospitalizado (fuera de Destoxificación).	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. Destoxificación (seleccione sólo uno)		
A. Tratamiento de hospitalización	S	N
B. Residencial sin límites	S	N
C. Destoxificación ambulatoria	S	N
10. Cuidado después del alta	S	N
11. Apoyo de recuperación	S	N
12. Otro (Especifique) _____	S	N

**[SELECCIONE POR LO MENOS UN SERVICIO]**

<b>Servicios de Tratamiento</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>[CONCESIÓN DE SBIRT: MARQUE POR LO MENOS UNA "S" DE LOS TRATAMIENTOS NOMBRADOS DE 1 HASTA 4]</b>		
1. Examinación	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 que sigue ocurriendo/ servicios de recuperación	S	N
11. Intervenciones farmacológicas	S	N
12. Consejos sobre SIDA/VIH	S	N
13. Otros servicios clínicos (Especifique) _____	S	N

<b>Servicios del Manejo de Caso</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
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. Servicios de coordinación individual	S	N
5. Transporte	S	N
6. Servicios sobre SIDA/VIH	S	N
7. Apoyo para servicios de vivienda transitoria en lugares libre de drogas.	S	N
8. Otros servicios de mantenimiento (Especifique) _____	S	N

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

<b>Servicios Posteriores de Cuidado</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
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

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

<b>Grupos de Apoyo de Recuperación de Una Persona a Otra</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. Entrenamiento de una persona a otra/mentor	S	N
2. Apoyo de vivienda	S	N
3. Actividades libres de drogas y alcohol	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.**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Rehúsa</b>
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 <b>[SI ES SÍ ESPECIFIQUE ABAJO]</b> (Especifique) _____

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

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Rehúsa</b>
Raza negra o Africano 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.**

**B. USO DE ALCOHOL Y DROGAS**

	Número de días	REHÚSA	NO SABE
<b>1. Durante los últimos 30 días ¿por cuántos días ha usado las siguientes sustancias?</b>			
a. Un poco de cualquier bebida con alcohol <i>[SI LA RESPUESTA ES CERO, SALTE 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. Otras drogas ilegales <i>[SI LA RESPUESTA A B1a ó B1c = 0, REHÚSA, NO SABE, SALTE 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)

	Número de días	RH	NS	Ruta*	RH	NS
<b>2. Durante los últimos 30 días, ¿por cuántos días usted ha usado alguna de las siguientes sustancias?: <i>[SI EL VALOR DE CUALQUIER PREGUNTA ENTRE B2a HASTA B2i &gt; 0, EL VALOR DE B1c TIENE QUE SER &gt; 0.]</i></b>						
a. Cocaína/roca (crack)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Marihuana/hachís (pasto, hierba, 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, LSD (ácido), psilolcibina (las mujercitas), mescalína (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 cuántas veces a usado alguna de las siguientes sustancias?: [SI EL VALOR DE CUALQUIER PREGUNTA ENTRE B2a HASTA B2i > 0, EL VALOR DE B1c TIENE QUE SER > 0.]**

		Número de días	RH	NS	Ruta*	RH	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"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2. Barbitúricos: Mephobarbital (Mebacut); y pentobarbital sodium (Nembutal)	____ ____	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
	4. Ketamina (conocida como Special K o vitamina K)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	5. Otros tranquilizantes, sedativos o hipnóticos.	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h.	Inhalantes, pega = PR, goma = México, disolvente, gasolina, pintura	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i.	Otras drogas ilegales (Especifique) _____	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**3. Durante los últimos 30 días ¿Se ha inyectado drogas? [SI LA RUTA DE ADMINISTRACIÓN EN CUALQUIER PREGUNTA ENTRE B2a HASTA B2i = 4 ó 5, LA RESPUESTA A B3 TIENE QUE SER “SÍ”.]**

- SÍ  
 NO  
 REHÚSA A CONTESTAR  
 NO SABE

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

**4. En los últimos 30 días ¿Con que regularidad (frecuencia) ha utilizado una jeringa (jeringuilla)/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 [SI ESTÁ EN CASA, MARQUE LA SUBCATEGORÍA APROPIADA]
    - CASA, APARTAMENTO O CUARTO/HABITACIÓN (PROPIO/RENTADO)
    - CASA, APARTAMENTO, O CUARTO/HABITACIÓN DE OTRA PERSONA
    - 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 LA RESPUESTA A B1a ó B1c > 0, ENTONCES C2 NO PUEDE = "NO APLICA".]
- Ninguno
  - Un poco
  - Considerable
  - Bastante
  - NO APLICA [SOLAMENTE USE SI B1a Y B1c = 0.]
  - 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 LA RESPUESTA A B1a ó B1c > 0, ENTONCES C3 NO PUEDE = "NO APLICA".]
- Ninguno
  - Un poco
  - Considerable
  - Bastante
  - NO APLICA [SOLAMENTE USE SI B1a Y B1c = 0.]
  - REHÚSA A CONTESTAR
  - NO SABE
4. Durante los últimos 30 días, ¿Su uso de alcohol o drogas le ha causado problemas emocionales? [SI LA RESPUESTA A B1a ó B1c > 0, ENTONCES C4 NO PUEDE = "NO APLICA".]
- Ninguno
  - Un poco
  - Considerable
  - Bastante
  - NO APLICA [SOLAMENTE USE SI B1a Y B1c = 0.]
  - 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, SALTE A LA SECCIÓN D.]*

a. *¿Cuántos hijos tiene usted? [SI LA RESPUESTA A C6 = SÍ, EL VALOR DE C6a TIENE QUE SER > 0.]*

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, SALTE 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 SUPERAR 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 SUPERAR 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 ESTÁ ENCARCELADO, MARQUE “NO ESTOY INSCRITO O MATRICULADO” PARA D1.]**

- 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<sup>r</sup> GRADO
- 2<sup>o</sup> GRADO
- 3<sup>o</sup> GRADO
- 4<sup>o</sup> GRADO
- 5<sup>o</sup> GRADO
- 6<sup>o</sup> GRADO
- 7<sup>o</sup> GRADO
- 8<sup>o</sup> GRADO
- 9<sup>o</sup> GRADO
- 10<sup>o</sup> GRADO
- 11<sup>o</sup> GRADO
- 12<sup>o</sup> 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 ESTÁ “INSCRITO A TIEMPO COMPLETO” EN D1 E INDICA “A TIEMPO COMPLETO” EN D3, PÍDALE QUE CLARIFIQUE. SI EL CLIENTE ESTÁ ENCARCELADO Y NO TIENE TRABAJO FUERA DE LA CÁRCEL, MARQUE “DESEMPLEADO, Y NO BUSCA TRABAJO” PARA D3.]**

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

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

		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 SUPERAR 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 > 15, C1 TIENE QUE SER = EN UNA INSTITUCIÓN (CÁRCEL/PRISIÓN). SI EL VALOR DE C1 = EN UNA INSTITUCIÓN (CÁRCEL/PRISIÓN) E3 TIENE QUE SUPERAR O IGUALAR 15.]*

|\_|\_| NOCHES     REHÚSA A CONTESTAR     NO SABE

4. Durante los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha cometido usted algún crimen? *[COMPRUEBE EL NÚMERO DE DÍAS QUE EL CLIENTE USÓ DROGAS ILEGALES EN LA B1c. LA RESPUESTA AQUÍ EN LA SECCIÓN E4 DEBE 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>			
	<b>SÍ</b>	<b>Total de noches</b>	<b>NO</b>	<b>RH</b>	<b>NS</b>
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>			
	<b>SÍ</b>	<b>Total de veces</b>	<b>NO</b>	<b>RH</b>	<b>NS</b>
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 drogas o alcohol	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**c. Tratamiento en sala de emergencia**

		<i>[SI ES SÍ]</i>			
	<b>SÍ</b>	<b>Total de veces</b>	<b>NO</b>	<b>RH</b>	<b>NS</b>
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 drogas o alcohol	<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 → [SALTE AL F4.]
- NO ES PERMITIDO PREGUNTARLE → [SALTE AL F4.]
- REHÚSA A CONTESTAR [SALTE AL F4.]
- NO SABE → [SALTE AL F4.]

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

	Contactos	RH	NS
a. ¿contactos sexuales? (vaginal, oral, anal) ¿Ha tenido?	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿contactos sexuales sin protección? ¿Ha tenido? [EL VALOR DE F3b NO DEBE SUPERAR EL VALOR DE F3a.] [SI ES CERO, SALTE 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 ENTRE F3c1 HASTA F3c3 PUEDE SUPERAR EL VALOR DE F3b.]			
1. portador del virus VIH/SIDA	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Alguien que usa drogas via intravenosa	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Intoxicado(a) con alguna sustancia	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**4. 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, REHÚSA, O NO SABE A TODAS LAS PREGUNTAS EN LA CUESTIÓN 4, SALTE A LA SECCIÓN G]

**5. ¿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. CONECCIONES 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 ninguna religión u organización basada en fidelidad/lealtad? 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 \_\_\_\_\_
  - 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 /fidelidad o lealtad?**
  - SÍ [SI ES SÍ] ESPECIFIQUE CUANTAS VECES \_\_\_\_\_
  - 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 \_\_\_\_\_
  - 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 DEL CLERO DE UNA IGLESIA
  - MIEMBRO FAMILIAR
  - 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 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 baja involuntario/se fue del tratamiento, debido a la falta de participación.
- 04 = Dado de baja 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) \_\_\_\_\_

**K. SERVICIOS YA 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 POR MODALIDAD.]

MODALIDAD	DÍAS
1. Manejo de caso	_____
2. Tratamiento durante el día	_____
3. Tratamiento hospitalizado (fuera de Destoxificación).	_____
4. Tratamiento Ambulatorio	_____
5. Trabajador de alcance/comunitario	_____
6. Trabajo de alcance intensivo	_____
7. Metadona	_____
8. Tratamiento residencial/rehabilitación	_____
9. Destoxificación (seleccione sólo uno)	
A. Tratamiento hospitalizado	_____
B. Residencial sin límites	_____
C. Destoxificación 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 NOMBRADOS DE 1 HASTA 4]	Sesiones
1. Examinación	_____
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 de familia/conyugales	_____
10. Tratamiento co-ocurrido/servicios de recuperación.	_____
11. Intervención farmacológica	_____
12. Consejos sobre SIDA/VIH	_____
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. Servicios de coordinación individual	_____
5. Transporte	_____
6. Servicios sobre SIDA/VIH	_____
7. Apoyo para servicios de vivienda transitoria en lugares libre de drogas	_____
8. Otros servicios de mantenimiento (Especifique) _____	_____

Servicios Médicos	Sesiones
1. Cuidado médico	_____
2. Análisis de alcohol/drogas	_____
3. Análisis y apoyo médico sobre SIDA/VIH	_____
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 de SIDA/VIH	_____
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) _____	_____