

---

**A. GESTIÓN DE REGISTROS**

**ID del cliente**      | | | | | | | | | | | | | | | |

**Descripción de cliente por tipo de subvención:**

- Subvención de cliente en tratamiento
- Subvención de cliente en recuperación

**ID del contrato/subvención**    T | 1 | 0 | 8 | 5 | 7 | 6 | 1 | | | |

**Tipo de entrevista:**

Alta médica → → → ¿Realizó una entrevista de alta médica?       Sí       No  
*[SI LA RESPUESTA ES NO, PASE DIRECTAMENTE A LA SECCIÓN J.]*

**Fecha de la entrevista** | | | / | | | / | | | | |  
                                    Mes                      Día                      Año

**B. CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SERVICIOS PLANIFICADOS**

**1. USANDO EL CUADRO A CONTINUACIÓN, INDIQUE LO SIGUIENTE:**

**A. LA CANTIDAD DE DÍAS, DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, QUE EL CLIENTE REPORTA EL USO DE UNA SUSTANCIA.**

*[NO LEA AL CLIENTE]* Se debería animar al cliente a reportar las sustancias por su cuenta. Si no está seguro(a), se puede leer la lista del cuadro a continuación al cliente. Tenga en cuenta que no se considera todo uso de sustancias dañino o ilegal; puede ser una sustancia recetada por un proveedor con licencia, o que el cliente usa la sustancia de acuerdo con directrices oficiales de seguridad nacionales. En tales casos, se debería pedir aclaraciones del cliente, pero si se toma la sustancia solamente según lo recetado o se toma en cada ocasión de acuerdo con directrices oficiales de seguridad nacionales, entonces no se lo considera abuso. Si no se reporta ningún uso de una sustancia listada, ingrese un cero ('0') en la columna correspondiente 'Cantidad de días usada'. Si el cliente se niega a contestar la pregunta, seleccione "SE NEGÓ A CONTESTAR".

**B. LA VÍA POR LA CUAL SE USA LA SUSTANCIA.**

*[NO LEA AL CLIENTE]* Marque solamente una vía por cada sustancia consumida. Pero, si el cliente identifica más de una vía, elija la vía correspondiente con el valor numérico más alto asociado (números 1 a 6). Las respuestas deberían capturar el uso en los últimos 30 días.

**Durante los últimos 30 días, ¿por cuántos días ha usado alguna sustancia, y cómo consume la sustancia?**

SE NEGÓ A CONTESTAR

	A. Cantidad de días usada	B. Vía		
		1. Oral	2. Intranasal	3. Vapear
		4. Fumar	5. Inyección no intravenosa (IV por sus siglas en inglés)	6. Inyección intravenosa (IV)
		0. Otra		
<b>a. Alcohol</b>				
1. Alcohol	__ __		__	
2. Otro (ESPECIFIQUE)	__ __		__	
<b>b. Opiáceos</b>				
1. Heroína	__ __		__	
2. Morfina	__ __		__	
3. Fentanilo (Desvío de recetas o fuente ilegal)	__ __		__	
4. Dilaudid	__ __		__	
5. Demerol	__ __		__	
6. Percocet	__ __		__	
7. Codeína	__ __		__	
8. Tylenol 2, 3, 4	__ __		__	
9. OxyContin/Oxicodona	__ __		__	
10. Metadona no recetada	__ __		__	
11. Buprenorfina no recetada	__ __		__	
12. Otro (ESPECIFIQUE)	__ __		__	
<b>c. Cannabis</b>				

	A. Cantidad de días usada	B. Vía			
		1. Oral	2. Intranasal	3. Vapear	
		4. Fumar	5. Inyección no intravenosa (IV por sus siglas en inglés)	6. Inyección intravenosa (IV)	
		0. Otra			
1. Cannabis (Marihuana)	__ __	__			
2. Cannabinoides sintéticos	__ __	__			
3. Otro (ESPECIFIQUE)	__ __	__			
<b><u>d. Sedantes, hipnóticos, o tranquilizantes</u></b>					
1. Sedantes	__ __	__			
2. Hipnóticos	__ __	__			
3. Barbitúricos	__ __	__			
4. Tranquilizantes/Benzodiacepinas	__ __	__			
5. Otro (ESPECIFIQUE)	__ __	__			
<b><u>e. Cocaína</u></b>					
1. Cocaína	__ __	__			
2. Crack	__ __	__			
3. Otro (ESPECIFIQUE)	__ __	__			
<b><u>f. Otros estimulantes</u></b>					
1. Metanfetamina	__ __	__			
2. Medicamentos estimulantes	__ __	__			
3. Otro (ESPECIFIQUE)	__ __	__			
<b><u>g. Alucinógenos y psicodélicos</u></b>					
1. PCP	__ __	__			
2. MDMA	__ __	__			
3. LSD	__ __	__			
4. Hongos	__ __	__			
5. Mezcalina	__ __	__			
6. Salvia	__ __	__			
7. DMT	__ __	__			
8. Otro (ESPECIFIQUE)	__ __	__			
<b><u>h. Inhalantes</u></b>					
1. Inhalantes	__ __	__			
2. Otro (ESPECIFIQUE)	__ __	__			
<b><u>i. Otras sustancias psicoactivas</u></b>					
1. GHB no recetado	__ __	__			
2. Ketamina	__ __	__			
3. MDPV/Sales de baño	__ __	__			
4. Kratom	__ __	__			
5. Khat	__ __	__			
6. Otros tranquilizantes	__ __	__			
7. Otros calmantes	__ __	__			
8. Otros sedantes	__ __	__			

	A. Cantidad de días usada	B. Vía			
		1. Oral	2. Intranasal	3. Vapear	
		4. Fumar	5. Inyección no intravenosa (IV por sus siglas en inglés)	6. Inyección intravenosa (IV)	
		0. Otra			
9. Otros hipnóticos	__ __	__			
10. Otro (ESPECIFIQUE)	__ __	__			
<b><u>j. Tabaco y nicotina</u></b>					
1. Tabaco	__ __	__			
2. Nicotina (incluidos productos vapeadores)	__ __	__			
3. Otro (ESPECIFIQUE)	__ __	__			

2. Ha sido diagnosticado(a) con un trastorno de consumo de alcohol, de ser así ¿qué medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) recibió usted para tratar este trastorno de consumo de alcohol en los últimos 30 días? **[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]**

- Naltrexona **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_|\_\_|
- Naltrexona de liberación prolongada **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique cuántas dosis recibió |\_\_|
- Disulfiram **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_|\_\_|
- Acamprosato **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_|\_\_|
- NO RECIBIÓ UN MEDICAMENTO APROBADO POR LA FDA PARA TRATAR UN TRASTORNO DIAGNOSTICADO DE CONSUMO DE ALCOHOL
- CLIENTE NO INFORMA TAL DIAGNÓSTICO

3. Ha sido diagnosticado(a) con un trastorno de consumo de opioides, de ser así ¿qué medicamento aprobado por la FDA recibió usted para tratar este trastorno de consumo de opioides en los últimos 30 días? **[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]**

- Metadona **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_|\_\_|
- Buprenorfina **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_|\_\_|
- Naltrexona **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_|\_\_|
- Naltrexona de liberación prolongada **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique cuántas dosis recibió |\_\_|
- NO RECIBIÓ UN MEDICAMENTO APROBADO POR LA FDA PARA TRATAR UN TRASTORNO DIAGNOSTICADO DE CONSUMO DE OPIOIDES
- CLIENTE NO INFORMA TAL DIAGNÓSTICO

4. Ha sido diagnosticado(a) con un trastorno de consumo de estimulantes, de ser así ¿qué intervenciones basadas en evidencia recibió usted para tratar este trastorno en los últimos 30 días? **[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]**

- Manejo de contingencias **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_|\_\_|
- Refuerzo comunitario **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_|\_\_|
- Terapia cognitiva conductual **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_|\_\_|
- Otra intervención basada en evidencia **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuántos días lo recibió |\_\_|\_\_|
- NO RECIBIÓ NINGUNA INTERVENCIÓN PARA TRATAR UN TRASTORNO DIAGNOSTICADO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES
- CLIENTE NO INFORMA TAL DIAGNÓSTICO

5. **Ha sido diagnosticado(a) con un trastorno de consumo de tabaco, de ser así ¿qué medicamento aprobado por la FDA recibió usted para tratar este trastorno de consumo de tabaco en los últimos 30 días? [MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]**
- Reemplazo de la nicotina **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuántos días lo recibió 

--	--
  - Bupropion **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuántos días lo recibió 

--	--
  - Vareniclina **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuántos días lo recibió 

--	--
  - NO RECIBIÓ UN MEDICAMENTO APROBADO POR LA FDA PARA TRATAR UN TRASTORNO DIAGNOSTICADO DE CONSUMO DE TABACO
  - CLIENTE NO INFORMA TAL DIAGNÓSTICO
6. **En los últimos 30 días, ¿experimentó una sobredosis o tomó demasiado de una sustancia que resultó en necesitar supervisión o atención médica?**
- Sí **[EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE A CONTINUACIÓN, EN LA PREGUNTA 7]**
  - No **[SI LA RESPUESTA ES NO, VAYA A LA PREGUNTA 8]**
  - SE NEGÓ A CONTESTAR **[VAYA A LA PREGUNTA 8]**
7. **En los últimos 30 días, después de tomar demasiado de una sustancia o tener una sobredosis, ¿qué intervención recibió?**
- Naloxona (Narcan)
  - Atención en un departamento de emergencias
  - Atención de un proveedor de atención primaria
  - Admisión a un hospital
  - Supervisión por otra persona
  - Otra (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
  - SE NEGÓ A CONTESTAR
8. **Excluyendo este episodio actual, ¿cuántas veces en su vida ha recibido tratamiento en una instalación para pacientes internados o ambulatorios por un trastorno de consumo de sustancias?**
- Una vez
  - Dos veces
  - Tres veces
  - Cuatro veces
  - Cinco veces
  - Seis o más veces
  - Nunca **[VAYA A LA PREGUNTA 10]**
  - SE NEGÓ A CONTESTAR **[VAYA A LA PREGUNTA 10]**
9. **Aproximadamente, ¿cuándo fue la última vez que recibió tratamiento para pacientes internados o ambulatorios por un trastorno de consumo de sustancias?**
- Hace menos de 6 meses
  - Hace entre 6 meses y un año
  - Hace uno a dos años
  - Hace dos a tres años
  - Hace tres a cuatro años
  - Hace cinco o más años
  - SE NEGÓ A CONTESTAR
10. **¿Alguna vez le ha diagnosticado un profesional de atención médica con una enfermedad de salud mental?**
- Sí
  - No **[VAYA A LA PREGUNTA 11]**
  - SE NEGÓ A CONTESTAR **[VAYA A LA PREGUNTA 11]**

**10a. PIDA AL CLIENTE QUE REPORTE SUS ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL POR SÍ MISMO(A) SEGÚN LISTADAS EN EL CUADRO A CONTINUACIÓN. SE DEBERÍA ANIMAR AL CLIENTE A REPORTAR SUS PROPIAS ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL PERO SI LO PREFERE, SE PUEDE LEER LA LISTA AL CLIENTE. INDIQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN.**

	REPORTADO POR CLIENTE
<b>Esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno delirante y otros trastornos psicóticos no del estado de ánimo</b>	
Trastorno psicótico breve	<input type="radio"/>
Trastorno delirante	<input type="radio"/>
Trastornos esquizoafectivos	<input type="radio"/>
Esquizofrenia	<input type="radio"/>
Trastorno esquizotípico	<input type="radio"/>
Trastorno psicótico compartido	<input type="radio"/>
Psicosis no especificada	<input type="radio"/>
<b>Trastornos del estado de ánimo [afectivos]</b>	
Trastorno bipolar	<input type="radio"/>
Trastorno depresivo mayor, recurrente	<input type="radio"/>
Trastorno depresivo mayor, episodio único	<input type="radio"/>
Episodio maniaco	<input type="radio"/>
Trastornos del estado de ánimo [afectivos] persistentes	<input type="radio"/>
Trastorno del estado de ánimo [afectivo] no especificado	<input type="radio"/>
<b>Ansiedad fóbica y otros trastornos de ansiedad</b>	
Agorafobia sin trastorno de pánico	<input type="radio"/>
Agorafobia con trastorno de pánico	<input type="radio"/>
Agorafobia, no especificada	<input type="radio"/>
Trastorno de ansiedad generalizado	<input type="radio"/>
Trastorno de pánico	<input type="radio"/>
Trastornos de ansiedad fóbica	<input type="radio"/>
Fobias sociales (trastorno de ansiedad social)	<input type="radio"/>
Fobias específicas (aisladas)	<input type="radio"/>
<b>Trastornos obsesivos compulsivos</b>	
Trastorno de excoriación (excavar la piel)	<input type="radio"/>
Trastorno de acumulación compulsiva	<input type="radio"/>
Trastorno obsesivo compulsivo	<input type="radio"/>
Trastorno obsesivo compulsivo con pensamientos y acciones obsesivos mezclados	<input type="radio"/>
<b>Reacciones a estrés extremo y trastornos de adaptación</b>	
Trastorno por estrés agudo; reacción a estrés extremo, y trastornos de adaptación	<input type="radio"/>
Trastornos de adaptación	<input type="radio"/>
Trastorno dismórfico corporal	<input type="radio"/>
Trastornos disociativos y de conversión	<input type="radio"/>
Trastorno de identidad disociativo	<input type="radio"/>
Trastorno de estrés postraumático	<input type="radio"/>
Trastornos somatomorfos	<input type="radio"/>
<b>Síndromes conductuales asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos</b>	
Trastornos alimenticios	<input type="radio"/>

	REPORTADO POR CLIENTE
Trastornos del sueño no causados por una sustancia o afección psicológica conocida	<input type="radio"/>
<b>Trastornos de personalidad y conducta en adultos</b>	
Trastorno de personalidad antisocial	<input type="radio"/>
Trastorno de la personalidad por evitación	<input type="radio"/>
Trastorno límite de la personalidad	<input type="radio"/>
Trastorno dependiente de la personalidad	<input type="radio"/>
Trastorno histriónico de la personalidad	<input type="radio"/>
Discapacidades intelectuales	<input type="radio"/>
Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad	<input type="radio"/>
Otros trastornos específicos de la personalidad	<input type="radio"/>
Trastorno paranoide de la personalidad	<input type="radio"/>
Trastorno de la personalidad, no especificado	<input type="radio"/>
Trastornos generalizados o específicos del desarrollo	<input type="radio"/>
Trastorno esquizoide de la personalidad	<input type="radio"/>

NINGUNA DE LAS ANTERIORES

**[ENTREVISTAS DE SEGUIMIENTO Y ALTA MÉDICA: VAYA A LA SECCIÓN C. EN LA ADMISIÓN, CONTINÚE CON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS]**

**11. ¿Fue el cliente evaluado(a) por su programa, usando una herramienta basada en evidencia o un grupo de preguntas, para trastornos de salud mental y/o consumo de sustancias co-ocurrentes?**

- Sí  
 No *[VAYA A LA PREGUNTA 12]*

**11a. ¿Dio positiva la prueba de trastornos de salud mental y consumo de sustancias co-ocurrentes?**

- Sí  
 No

**11b. *[EN CASO AFIRMATIVO EN LA PREGUNTA 11a]* ¿Se derivó al cliente para una evaluación adicional de trastornos de salud mental y consumo de sustancias co-ocurrentes?**

- Sí  
 No

**12. SERVICIOS PLANIFICADOS PROPORCIONADOS BAJO FINANCIACIÓN DE LA SUBVENCIÓN [SEGÚN LO INFORMADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA SOLAMENTE AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN/PERÍODO INICIAL.]**

**Identifique los servicios que planea proporcionarle al cliente durante el transcurso del tratamiento/la recuperación del cliente. [ENCIERRE EN UN CÍRCULO SOLAMENTE EL SERVICIO PLANIFICADO QUE SERÁ PROPORCIONADO BAJO LA SUBVENCIÓN ACTUAL. MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN EN CADA SECCIÓN.]**

**Modalidad**

**[SELECCIONE AL MENOS UNA MODALIDAD.]**

- 1. Administración de casos
- 2. Tratamiento ambulatorio intensivo
- 3. Internación/hospitalización (por cualquier causa distinta de la desintoxicación)
- 4. Tratamiento ambulatorio
- 5. Extensión comunitaria
- 6. Medicamentos
  - A. Metadona
  - B. Buprenorfina
  - C. Naltrexona de actuación corta
  - D. Naltrexona de liberación prolongada
  - E. Disulfiram
  - F. Acamprosato
  - G. Reemplazo de la nicotina
  - H. Bupropion
  - I. Vareniclina
- 7. Tratamiento residencial/rehabilitación
- 8. Desintoxicación (seleccione solo una opción)
  - A. Internación hospitalaria
  - B. Tratamiento residencial autónomo
  - C. Desintoxicación ambulatoria
- 9. Cuidado postratamiento
- 10. Apoyo durante la recuperación
- 11. Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

**[SELECCIONE AL MENOS UN SERVICIO.]**

**Servicios de tratamiento**

**[SUBVENCIONES DE SBIRT: DEBE PROPORCIONAR AL MENOS UNO DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE LAS OPCIONES 1 A 4.]**

- 1. Detección
- 2. Intervención breve
- 3. Tratamiento breve
- 4. Derivación para recibir tratamiento
- 5. Evaluación
- 6. Planificación de tratamiento
- 7. Planificación de recuperación
- 8. Terapia individual
- 9. Terapia grupal
- 10. Manejo de contingencias
- 11. Refuerzo comunitario
- 12. Terapia cognitiva conductual
- 13. Terapia familiar/matrimonial
- 14. Servicios de tratamiento para trastornos co-ocurrentes
- 15. Intervenciones farmacológicas
- 16. Terapia de VIH/SIDA
- 17. Intervenciones/actividades culturales
- 18. Otros servicios clínicos (Especifique) \_\_\_\_\_

**Servicios de administración de casos**

- 1. Servicios para la familia (p. ej. los servicios de educación matrimonial, crianza y crecimiento infantil)
- 2. Cuidado infantil
- 3. Servicios de empleo
  - A. Servicios anteriores al empleo
  - B. Preparación para el empleo
- 4. Coordinación de servicios individuales
- 5. Transporte
- 6. Servicios relacionados con el VIH/SIDA
  - A. Si VIH negativo(a), profilaxis previa a la exposición
  - B. Si VIH negativo(a), profilaxis posterior a la exposición
  - C. Si VIH positivo(a), tratamiento por VIH
- 7. Servicios de vivienda temporaria en lugares libres de drogas
- 8. Servicios de vivienda
- 9. Inscripción en seguro médico
- 10. Otros servicios de administración de casos (Especifique) \_\_\_\_\_

**Servicios médicos**

- 1. Atención médica
- 2. Pruebas de alcoholismo/drogadicción
- 3. Servicios obstétricos/ginecológicos
- 4. Pruebas y apoyo médico para el VIH/SIDA
- 5. Atención dental
- 6. Pruebas y apoyo médico para la hepatitis viral
- 7. Pruebas y apoyo médico para otras infecciones de transmisión sexual (ITS)
- 8. Otros servicios médicos (Especifique) \_\_\_\_\_

**Servicios de cuidado postratamiento**

- 1. Atención continua
- 2. Prevención de recaídas
- 3. Preparación para la recuperación
- 4. Grupos de autoayuda y de apoyo mutuo
- 5. Apoyo espiritual
- 6. Otros servicios de cuidado postratamiento (Especifique) \_\_\_\_\_

**Servicios educativos**

- 1. Educación sobre el abuso de sustancias
- 2. Educación sobre el VIH/SIDA
- 3. Capacitación en naloxona
- 4. Capacitación en tiras reactivas de fentanilo
- 5. Educación sobre la hepatitis viral
- 6. Otros servicios educativos sobre las ITS
- 7. Otros servicios educativos (Especifique) \_\_\_\_\_

**Servicios de apoyo durante la recuperación**

- 1. Orientación o tutoría entre pares
- 2. Servicios vocacionales
- 3. Vivienda de recuperación
- 4. Planificación de recuperación
- 5. Servicios de administración de casos específicos para apoyar la recuperación
- 6. Actividades sociales sin alcohol ni drogas
- 7. Información y derivaciones



8. Otros servicios de apoyo durante la recuperación  
 (Especifique)
9. Otros servicios de apoyo entre pares durante la  
 recuperación (Especifique) \_\_\_\_\_

**C. CONDICIONES DE VIDA**

**1. En los últimos 30 días, ¿dónde ha estado viviendo la mayor parte del tiempo? [NO LE LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL CLIENTE.]**

- En un refugio (lugar seguro, centro transitorio [TLC por sus siglas en inglés], alojamiento de baja demanda, centros de recepción, otros alojamientos transitorios para el día o la noche)
- En la calle/al aire libre (acera, entrada, parque, edificio público o abandonado)
- Institución (hospital, residencia de ancianos, cárcel/prisión)
- En una casa: **[SI TIENE CASA, SELECCIONE LA SUBCATEGORÍA CORRESPONDIENTE:]**
- Apartamento, habitación, casa rodante o casa propios o alquilados
- Apartamento, habitación, casa rodante o casa de otra persona (incluido “couch surfing” o mudándose de casa en casa)
- Dormitorio/residencia universitaria
- Hogar de transición
- Tratamiento residencial
- Viviendas de recuperación/estilo de vida sobrio
- Otro tipo de vivienda (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
- SE NEGÓ A CONTESTAR

**2. ¿Vive actualmente con alguien que ha consumido alcohol u otras sustancias regularmente durante los últimos 30 días?**

- Sí
- No
- No, vive solo(a)
- SE NEGÓ A CONTESTAR

**D. EDUCACIÓN, EMPLEO E INGRESOS**

1. **¿Está inscrito(a) actualmente en una escuela o programa de capacitación laboral? [SI ESTÁ INSCRITO(A)]  
¿Es a tiempo completo o parcial? [SI EL CLIENTE ESTÁ ENCARCELADO(A), SELECCIONE LA  
OPCIÓN “NO ESTÁ INSCRITO(A)” DEL PUNTO D1.]**

- NO ESTÁ INSCRITO(A)
- ESTÁ INSCRITO(A) A TIEMPO COMPLETO
- ESTÁ INSCRITO(A) A TIEMPO PARCIAL
- SE NEGÓ A CONTESTAR

2. **¿Cuál es el máximo nivel de estudios alcanzado, independientemente de que haya obtenido un título o no?**

- INFERIOR A 12° GRADO
- 12° GRADO/TÍTULO DE SECUNDARIA/EQUIVALENTE
- TÍTULO VOCACIONAL/TÉCNICO (VOC/TECH)
- ALGO DE CARRERA UNIVERSITARIA O ESTUDIOS SUPERIORES
- TÍTULO DE GRADO (POR EJEMPLO: BACHELOR OF ARTS [BA], BACHELOR OF SCIENCE [BS])
- TRABAJO DE POSGRADO/TÍTULO DE POSGRADO
- OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
- SE NEGÓ A CONTESTAR

3. **¿Actualmente está empleado(a)? [ACLARE CENTRÁNDOSE EN EL ESTADO RESPECTO DE LA MAYOR  
PARTE DE LA ÚLTIMA SEMANA Y DETERMINE SI EL CLIENTE TRABAJÓ O TUVO UN TRABAJO  
REGULAR, PERO FALTÓ AL TRABAJO.] [SI EL CLIENTE ESTÁ ENCARCELADO(A) Y NO TIENE EMPLEO  
FUERA DE LA CÁRCEL, SELECCIONE LA OPCIÓN “NO BUSCANDO TRABAJO” EN EL PUNTO D3.]**

- EMPLEADO(A) A TIEMPO COMPLETO (35+ HORAS POR SEMANA, O ESTARÍA, SI NO FUESE POR LICENCIA O AUSENCIA JUSTIFICADA)
- EMPLEADO(A) A TIEMPO PARCIAL
- DESEMPLEADO(A), PERO BUSCANDO TRABAJO
- SIN EMPLEO, NO BUSCANDO TRABAJO
- SIN TRABAJAR DEBIDO A UNA DISCAPACIDAD
- JUBILADO(A), SIN TRABAJAR
- OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
- SE NEGÓ A CONTESTAR

4. **¿Tiene usted, individualmente, dinero suficiente para pagar los siguientes costos de vida? Elija todas las opciones que correspondan.**

- Alimentos
- Ropa
- Transporte
- Alquiler/Vivienda
- Servicios públicos (gas/agua/electricidad)
- Servicio telefónico (celular o línea fija)
- Cuidado infantil
- Seguro médico
- SE NEGÓ A CONTESTAR

5. **¿Cuál es su ingreso anual personal, es decir el ingreso total antes de impuestos de todas las fuentes, ganado durante el último año?**
- \$0 a \$9,999
  - \$10,000 a \$14,999
  - \$15,000 a \$19,999
  - \$20,000 a \$34,999
  - \$35,000 a \$49,999
  - \$50,000 a \$74,999
  - \$75,000 a \$99,999
  - \$100,000 a \$199,999
  - \$200,000 o más
  - SE NEGÓ A CONTESTAR

**E. SITUACIÓN PENAL**

**1. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces le arrestaron? [SI EL CLIENTE NO INDICA NINGÚN ARRESTO DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, PERO ESTÁ ENCARCELADO(A) EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA, MARQUE ACTUALMENTE ENCARCELADO(A)]**

\_\_\_\_|\_\_\_\_| VECES       SE NEGÓ A CONTESTAR       Actualmente encarcelado(a)

**2. Actualmente, ¿está a la espera de cargos criminales, un juicio o una sentencia?**

- Sí
- No
- SE NEGÓ A CONTESTAR

**3. Actualmente, ¿está en libertad condicional o bajo palabra o supervisión intensiva previa al juicio?**

- Probatoria
- Libertad condicional
- Supervisión intensiva previa al juicio
- No
- SE NEGÓ A CONTESTAR

**4. ¿Actualmente participa en un programa de tribunal de drogas o tiene un acuerdo de enjuiciamiento diferido?**

- Programa de tribunal de drogas
- Acuerdo de enjuiciamiento diferido
- No, ninguno de estos
- SE NEGÓ A CONTESTAR

**F. PROBLEMAS DE SALUD MENTALES Y FÍSICOS, Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN**

1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida durante los últimos 30 días?

- Muy mala
- Mala
- Ni mala ni buena
- Buena
- Muy buena
- SE NEGÓ A CONTESTAR

2. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días [INGRESE '0' EN DÍAS SI EL CLIENTE INFORMA QUE NO HA TENIDO LA CONDICIÓN. SELECCIONE SE NEGÓ A CONTESTAR PARA OPCIONES SIN RESPUESTA]:

	Días	SE NEGÓ A CONTESTAR
2a. Tuvo depresión grave	_ _ _	<input type="radio"/>
2b. Tuvo ansiedad o tensión graves	_ _ _	<input type="radio"/>
2c. Tuvo alucinaciones	_ _ _	<input type="radio"/>
2d. Tuvo problemas para comprender, concentrarse o recordar cosas	_ _ _	<input type="radio"/>
2e. Tuvo problemas para controlar conductas violentas	_ _ _	<input type="radio"/>
2f. Intentó suicidarse	_ _ _	<input type="radio"/>
2g. Fue recetado(a) un medicamento para un problema psicológico/emocional	_ _ _	<input type="radio"/>

**[SI EL CLIENTE CONTESTA 1 O MÁS DÍAS, EN CUALQUIER PREGUNTA DE #2, ASEGÚRESE DE QUE VISITE UN PROFESIONAL CON LICENCIA LO ANTES POSIBLE.]**

3. ¿Cuánto le han molestado estos problemas psicológicos o emocionales durante los últimos 30 días?

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Considerablemente
- Extremadamente
- NINGUNA QUEJA DE SALUD MENTAL REPORTADA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS
- SE NEGÓ A CONTESTAR

4. En los últimos 30 días, ¿adónde ha ido para recibir atención médica? Puede seleccionar más de una respuesta.

- Proveedor de atención primara
- Centro de atención urgente
- El departamento de emergencias
- Un especialista médico
- No buscó atención
- Otro (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

**5. ¿Actualmente tiene seguro médico/de salud?**

- Sí
- No *[VAYA A SIGUIENTE SECCIÓN]*
- SE NEGÓ A CONTESTAR *[VAYA A SIGUIENTE SECCIÓN]*

**5a. ¿Qué tipo de seguro tiene [MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN]?**

- Medicare
- Medicaid
- Seguro de salud privado o proporcionado por empleador
- TRICARE u otra atención médica militar
- Un programa de asistencia [por ejemplo, un programa de asistencia para medicamentos]
- Cualquier otro tipo de seguro médico o plan de cobertura médica (ESPECIFIQUE)\_\_\_\_\_
- SE NEGÓ A CONTESTAR

## G. RELACIONES SOCIALES

1. En los últimos 30 días, ¿asistió voluntariamente a algún grupo de apoyo mutuo para recuperarse? En otras palabras, ¿participó en alguna organización no profesional y organizada por pares dedicada a ayudar a las personas con problemas relacionados con adicciones, como: Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Organizaciones Seculares por la Sobriedad (Secular Organization for Sobriety) o Mujeres por la Sobriedad (Women for Sobriety), grupos de apoyo mutuo basados en la religión o fe, etc.? La asistencia puede haber sido en persona o virtual.

- Sí *[SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA]*  
Especifique Cuántas veces    SE NEGÓ A CONTESTAR
- No  
 SE NEGÓ A CONTESTAR

2. En los últimos 30 días, ¿tuvo interacción con algún familiar y/o amigo que le apoye en su recuperación?

- Sí  
 No  
 SE NEGÓ A CONTESTAR

3. ¿Cuán satisfecho(a) se encuentra con sus relaciones personales?

- Muy insatisfecho(a)  
 Insatisfecho(a)  
 Ni insatisfecho(a) ni satisfecho(a)  
 Satisfecho(a)  
 Muy satisfecho(a)  
 SE NEGÓ A CONTESTAR

4. En los últimos 30 días, ¿se dio cuenta de que necesita cambiar las conexiones sociales o los lugares que afectan negativamente su recuperación?

- Sí  
 No  
 SE NEGÓ A CONTESTAR



**J. ESTADO DE ALTA MÉDICA [SEGÚN LO INFORMADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA RESPECTO DEL CLIENTE SOLAMENTE AL MOMENTO DEL ALTA MÉDICA.]**

**1. ¿En qué fecha se le dio el alta médica al cliente?**

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| / \_\_\_\_|\_\_\_\_\_| / \_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
MES                      DÍA                      AÑO

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

- 01 = Completo/graduado(a) [VAYA A LA PREGUNTA 3]
- 02 = Cancelación

**2a. Si se canceló la participación del cliente, ¿cuál fue el motivo de cancelación? [SELECCIONE UNA RESPUESTA.]**

- 01 = Se fue por su propia decisión, contradiciendo la recomendación del personal, con progreso satisfactorio
- 02 = Se fue por su propia decisión, contradiciendo la recomendación del personal, sin progreso satisfactorio
- 03 = Se le dio el alta de manera involuntaria por falta de participación
- 04 = Se le dio el alta de manera involuntaria por violación de las reglas
- 05 = Se le derivó a otro programa u otros servicios con progreso satisfactorio
- 06 = Se le derivó a otro programa u otros servicios con progreso insatisfactorio
- 07 = Se le encarceló por un delito cometido durante el tratamiento/la recuperación con progreso satisfactorio
- 08 = Se le encarceló por un delito cometido durante el tratamiento/la recuperación con progreso insatisfactorio
- 09 = Se le encarceló debido a una orden de arresto o cargo anterior, antes de ingresar al tratamiento/la recuperación con progreso satisfactorio
- 10 = Se le encarceló debido a una orden de arresto o cargo anterior, antes de ingresar al tratamiento/la recuperación con progreso insatisfactorio
- 11 = Se le transfirió a otra instalación por razones de salud
- 12 = Fallecimiento
- 13 = Otro (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

**3. ¿Ordenó el programa una prueba de VIH para este cliente?**

- Sí [VAYA A LA PREGUNTA 5]
- No

**4. ¿Derivó el programa al cliente para que se realizara una prueba de VIH con otro proveedor?**

- Sí
- No

**5. ¿Proporcionó el programa naloxona y/o tiras reactivas de fentanilo a este cliente en algún momento de su participación en servicios financiados por la subvención?**

- Naloxona
- Tiras reactivas de fentanilo
- Ambas naloxona y tiras reactivas de fentanilo
- Ninguno

**6. ¿Está el cliente completamente vacunado(a) contra el virus que causa COVID-19?**

- Sí
- No, parcialmente vacunado(a) con planes de recibir la siguiente vacuna a tiempo
- No, parcialmente vacunado(a) sin planes de recibir la siguiente vacuna
- No, cliente se negó a vacunarse
- Se negó a contestar

**K. SERVICIOS RECIBIDOS BAJO FINANCIACIÓN DE LA SUBVENCIÓN [SEGÚN LO INFORMADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA SOLAMENTE AL MOMENTO DEL ALTA MÉDICA.]**

**1. Identifique la cantidad de DÍAS de servicio proporcionados al cliente durante el transcurso del tratamiento/la recuperación del cliente. [INGRESE 0 SI NO SE PROPORCIONARON SERVICIOS. DEBE TENER POR LO MENOS UN DÍA POR MODALIDAD.]**

Modalidad	Días
1. Administración de casos	_____
2. Tratamiento ambulatorio intensivo	_____
3. Internación/hospitalización (por cualquier causa distinta de la desintoxicación)	_____
4. Tratamiento ambulatorio	_____
5. Extensión comunitaria	_____
6. Medicamentos	
A. Metadona	_____
B. Buprenorfina	_____
C. Naltrexona de actuación corta	_____
D. Naltrexona de liberación prolongada (reporte 28 días para cada inyección)	_____
E. Disulfiram	_____
F. Acamprosato	_____
G. Reemplazo de la nicotina	_____
H. Bupropion	_____
I. Vareniclina	_____
7. Tratamiento residencial/rehabilitación	_____
8. Desintoxicación (seleccione solo una opción):	
A. Internación hospitalaria	_____
B. Tratamiento residencial autónomo	_____
C. Desintoxicación ambulatoria	_____
9. Cuidado postratamiento	_____
10. Apoyo durante la recuperación	_____
11. Otro (Especifique) _____	_____

**Identifique la cantidad de SESIONES proporcionadas al cliente durante el transcurso del tratamiento/la recuperación del cliente. [INGRESE CERO SI NO SE PROPORCIONARON SERVICIOS. DEBE TENER AL MENOS UNA SESIÓN POR CATEGORÍA DE SERVICIO.]**

Servicios de tratamiento [SUBVENCIÓNES DE SBIRT: DEBE TENER AL MENOS UNA SESIÓN PARA UNO DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE LAS OPCIONES 1 A 4.]	Sesiones
1. Detección	_____
2. Intervención breve	_____
3. Tratamiento breve	_____
4. Derivación para recibir tratamiento	_____
5. Evaluación	_____
6. Planificación de tratamiento	_____
7. Planificación de recuperación	_____
8. Terapia individual	_____
9. Terapia grupal	_____
10. Manejo de contingencias	_____
11. Refuerzo comunitario	_____
12. Terapia cognitiva conductual	_____

13. Terapia familiar/matrimonio	_____
14. Servicios de tratamiento para trastornos co-ocurrentes	_____
15. Intervenciones farmacológicas	_____
16. Terapia para personas con VIH/SIDA	_____
17. Intervenciones/actividades culturales	_____
18. Otros servicios clínicos (Especifique) _____	_____

Servicios de administración de casos	Sesiones
1. Servicios familiares (p. ej. los servicios de educación matrimonial, crianza y crecimiento infantil)	_____
2. Cuidado infantil	_____
3. Servicios de empleo	
A. Servicios anteriores al empleo	_____
B. Preparación para el empleo	_____
4. Coordinación de servicios individuales	_____
5. Transporte	_____
6. Servicios y terapia relacionados con el VIH/SIDA	_____
7. Servicios de vivienda temporaria en lugares libres de drogas	_____
8. Servicios de vivienda	_____
9. Inscripción en seguro médico	_____
10. Otros servicios de administración de casos (Especifique) _____	_____

Servicios médicos	Sesiones
1. Atención médica	_____
2. Pruebas de alcoholismo/drogadicción	_____
3. Servicios obstétricos/ginecológicos	_____
4. Pruebas y apoyo para el VIH/SIDA	_____
5. Pruebas y apoyo médico para la hepatitis	_____
6. Pruebas y apoyo médico para otras infecciones de transmisión sexual (ITS)	_____
7. Atención dental	_____
8. Otros servicios médicos (Especifique) _____	_____

Servicios de cuidado postratamiento	Sesiones
1. Atención continua	_____
2. Prevención de recaídas	_____
3. Preparación para la recuperación	_____
4. Grupos de autoayuda y de apoyo mutuo	_____
5. Apoyo espiritual	_____
6. Otros servicios de cuidado postratamiento (Especifique) _____	_____

Servicios educativos	Sesiones
1. Educación sobre el abuso de sustancias	_____
2. Educación sobre el VIH/SIDA	_____
3. Educación sobre la hepatitis	_____
4. Otros servicios educativos sobre las ITS	_____
5. Capacitación en naloxona	_____
6. Capacitación en tiras reactivas de fentanilo	_____
7. Otros servicios educativos (Especifique) _____	_____

Servicios de apoyo durante la recuperación	Sesiones
1. Orientación o tutoría entre pares	____ ____ ____
2. Servicios vocacionales	____ ____ ____
3. Vivienda de recuperación	____ ____ ____
4. Planificación de recuperación	____ ____ ____
5. Servicios de administración de casos específicos para apoyar la recuperación	____ ____ ____

6. Actividades sociales sin alcohol ni drogas	____ ____ ____
7. Información y derivaciones	____ ____ ____
8. Servicios de apoyo durante la recuperación (Especifique)	____ ____ ____
9. Servicios de apoyo durante la recuperación entre pares (Especifique) _____	____ ____ ____

**2. ¿Ha asistido este cliente a 60% o más de sus servicios planificados?**

- Sí  
 No

**3. ¿Recibió este cliente algún servicio a través de telesalud o un plataforma virtual?**

- Sí  
 No

**4. ¿Ha sido diagnosticado(a) este cliente con un trastorno de consumo de opioides anteriormente?**

- Sí  
 No *[VAYA A LA PREGUNTA 5]*

**4a. En los últimos 30 días, ¿qué medicamento aprobado por la FDA recibió el cliente para tratar este trastorno de consumo de opioides? [MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]**

- Metadona *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió \_\_\_\_|\_\_\_\_|
- Buprenorfina *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió \_\_\_\_|\_\_\_\_|
- Naltrexona *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió \_\_\_\_|\_\_\_\_|
- Naltrexona de liberación prolongada *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique cuántas dosis recibió \_\_\_\_|\_\_\_\_|
- El cliente no recibió un medicamento aprobado por la FDA para tratar un trastorno de consumo de opioides *[VAYA A LA PREGUNTA 5]*

**4b. ¿Ha tomado este cliente el medicamento según lo recetado?**

- Sí  
 No

**5. ¿Ha sido este cliente diagnosticado(a) con un trastorno de consumo de alcohol anteriormente?**

- Sí  
 No *[VAYA A LA PREGUNTA 6]*

**5a. En los últimos 30 días, ¿qué medicamento aprobado por la FDA recibió el cliente para tratar este trastorno de consumo de alcohol? [MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]**

- Naltrexona *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió \_\_\_\_|\_\_\_\_|
- Naltrexona de liberación prolongada *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique cuántas dosis recibió \_\_\_\_|\_\_\_\_|
- Disulfiram *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió \_\_\_\_|\_\_\_\_|
- Acamprosato *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió \_\_\_\_|\_\_\_\_|

El cliente no recibió un medicamento aprobado por la FDA para tratar un trastorno de consumo de alcohol  
**[VAYA A LA PREGUNTA 6]**

**5b. ¿Ha tomado este cliente el medicamento según lo recetado?**

- Sí
- No

**6. ¿Ha sido este cliente diagnosticado(a) con un trastorno de consumo de sustancias anteriormente?**

- Sí
- No *[VAYA A LA PREGUNTA 7]*

**6a. En los últimos 30 días, ¿qué intervenciones recibió el cliente para tratar este trastorno de consumo de estimulantes? [MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]**

- Manejo de contingencias *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió
- Refuerzo comunitario *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió
- Terapia cognitiva conductual *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió
- Otro enfoque de tratamiento *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió
- El cliente no recibió un medicamento aprobado por la FDA para tratar un trastorno de consumo de estimulantes *[VAYA A LA PREGUNTA 7]*

**6b. ¿Ha asistido y participado este cliente en intervenciones para trastorno de consumo de estimulantes?**

- Sí
- No

**7. ¿Ha sido este cliente diagnosticado(a) con un trastorno de consumo tabaco anteriormente?**

- Sí
- No *[SE HA COMPLETADO LA ENTREVISTA DE ALTA MÉDICA.]*

**7a. En los últimos 30 días, ¿qué medicamento aprobado por la FDA recibió el cliente para tratar este trastorno de consumo de tabaco? [MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]**

- Reemplazo de la nicotina *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió
- Bupropion *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió
- Vareniclina *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió
- El cliente no recibió un medicamento aprobado por la FDA para tratar un trastorno de consumo de tabaco *[SE HA COMPLETADO LA ENTREVISTA DE ALTA MÉDICA.]*

**7b. ¿Ha tomado este cliente el medicamento según lo recetado?**

- Sí
- No

*[SE HA COMPLETADO LA ENTREVISTA DE ALTA MÉDICA.]*