OMB No. 0930-0400
Vence: 01/31/2028

SAMHSA
Substance Abuse and Mental Health Services Administration

Herramienta unificada de informes de desempeño (SUPRT)- A de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA)

Informe administrativo

Junio 2025

Se estima que la carga de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 20 minutos por respuesta. Envíe comentarios sobre esta estimación de carga, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, al Oficial de Autorización de Informes de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Sala 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder, una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) actualmente válido. El número de control para este proyecto es 0930-0400.

Contenido

A. GESTIÓN DE REGISTROS 1
B. HISTORIAL DE SALUD CONDUCTUAL 3
C. EXÁMENES DE SALUD CONDUCTUAL 5
D. DIAGNÓSTICO DE SALUD CONDUCTUAL 7
E. SERVICIOS RECIBIDOS 10
F. DEMOGRAFÍA 14

A. GESTIÓN DE REGISTROS

ID del cliente |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ID del sitio |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ID de Subvención |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

A1. [PERIODO INICIAL] ¿Cuál es el mes y el año de nacimiento del cliente (MM/AAAA)?

|__|__| / |__|__|__|__|

A2. ¿Cuál es la fecha de la evaluación (MM/DD/AAAA)?

|__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|
MES DÍA AÑO

A3. ¿Qué tipo de evaluación?

- ❍ Periodo Inicial
- ❍ Reevaluación (para clientes en tratamiento por 3 o 6 meses)
- ❍ Anual (para clientes en tratamiento por más de 12 meses)
- ❍ Cierre de récord

A4. [SOLO EN LA EVALUACIÓN INICIAL] ¿Cuándo recibió el cliente servicios por primera vez bajo esta subvención (MM/AAAA)?

|__|__| / |__|__|__|__|

A5. [EN LA REEVALUACIÓN O ANUAL O CIERRE] ¿Cuándo fue la última vez que el cliente recibió servicios bajo esta subvención (MM/AAAA)?

|__|__| / |__|__|__|__|

A6. [EN EL CIERRE DEL RÉCORD] ¿Por qué está cerrando el expediente de este cliente?

- ❍ Completó el programa
- ❍ Sin contacto
- ❍ Se retiró / rechazó el tratamiento
- ❍ Fue referido a otro lugar
- ❍ Transferido a un programa financiado por una subvención diferente
- ❍ Encarcelamiento
- ❍ Se mudo
- ❍ Falleció
- ❍ Otro

A6a. [SI LA PREGUNTA A6 ES FALLECIMIENTO] ¿Cuál fue la causa de muerte?

- ❍ Suicidio
- ❍ Sobredosis
- ❍ Otra causa relacionada con la salud conductual
- ❍ Otra causa
- ❍ No documentado en el expediente

B. HISTORIAL DE SALUD CONDUCTUAL

B1. ¿Qué tipo de seguro tiene el cliente o su garante?

SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- ☐ Medicare
- ☐ Medicaid
- ☐ Seguro privado o proporcionado por el empleador
- ☐ TRICARE, CHAMPUS, CHAMPVA u otro seguro de atención médica para veteranos o militares
- ☐ Servicio de Salud Indígena Atención Médica Tribal
- ☐ Un programa de asistencia [por ejemplo, un programa de asistencia con medicamentos]
- ☐ Cualquier otro tipo de seguro de salud o plan de cobertura de salud
- ❍ Ninguno
- ❍ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

B2. En los últimos 30 días, ¿el cliente fue ingresado en un hospital?

- ❍ Sí: por razones de salud conductual, por ejemplo, salud mental o trastorno por uso de sustancias
- ❍ Sí, por otras razones de salud, por ejemplo, lesiones o enfermedades
- ❍ No
- ❍ No está documentado en los registros o no está documentado en registros utilizando esta norma

B3. En los últimos 30 días, ¿el cliente visitó una sala de emergencias?

- ❍ Sí: razones de salud conductual, por ejemplo, salud mental o trastorno por uso de sustancias
- ❍ Sí, por otras razones de salud, por ejemplo, lesiones o enfermedades
- ❍ No
- ❍ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

B4. En los últimos 30 días, ¿el cliente experimentó una crisis de salud conductual o solicitó una respuesta de crisis, por ejemplo, del 988 o el 911?

- ❍ Sí
- ❍ No
- ❍ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

B4a. [SI LA PREGUNTA B4 ES SI] ¿Cuál es el principal motivo de la crisis?

- ❍ Riesgo de suicidio
- ❍ Otro riesgo de daño a sí mismo o a otros (por ejemplo, NSSI, pensamientos homicidas)
- ❍ Salud mental
- ❍ Uso de sustancias que no sean sobredosis
- ❍ Sobredosis
- ❍ Otro
- ❍ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

B5. En los últimos 30 días, ¿el cliente pasó una o más noches en un centro residencial de tratamiento de salud conductual, por ejemplo, estabilización de crisis o centro residencial de tratamiento de trastornos por uso de sustancias, incluso para el manejo de la abstinencia?

- ❍ Sí
- ❍ No
- ❍ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

B6. [SOLO CLIENTES DE 11 AÑOS O MÁS] En los últimos 90 días, ¿el cliente fue arrestado, detenido o puesto bajo custodia?

- ❍ Sí
- ❍ No
- ❍ No aplica
- ❍ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

B7. [SOLO CLIENTES DE 11 AÑOS O MÁS] En los últimos 90 días, ¿el cliente pasó una o más noches en la cárcel o en un centro correccional?

- ❍ Sí
- ❍ No
- ❍ No aplica
- ❍ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

B8. [SOLO CLIENTES DE 11 AÑOS O MÁS] En los últimos 90 días, ¿el cliente ha estado en libertad condicional, libertad condicional o supervisión preventiva intensiva durante uno o más días?

- ❍ Sí
- ❍ No
- ❍ No aplica
- ❍ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

C. EXÁMENES DE SALUD CONDUCTUAL

Por favor indique los resultados de la evaluación del cliente, según lo documentado en un expediente clínico individual o del cliente (ya sea en papel o electrónico).

C1. En los últimos 30 días, ¿su programa examinó o evaluó al cliente para determinar el riesgo de suicidio?

- ❍ Sí - el resultado del examen fue negativo (sin riesgo o de bajo riesgo de trastorno por uso de sustancias)
- ❍ Sí: - el resultado del examen fue positivo (en riesgo de SUD)
- ❍ No, no se ha examinado ni evaluado
- ❍ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

C2. En los últimos 30 días, ¿su programa examinó o evaluó al cliente para detectar el uso de sustancias?

- ❍ Sí - el resultado de la evaluación fue negativo (sin riesgo o bajo riesgo de trastorno por uso de sustancias (SUD))
- ❍ Sí - el resultado de la detección fue positivo (en riesgo de SUD)
- ❍ No, no se ha examinado ni evaluado
- ❍ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

C3. [SI LA PREGUNTA C2 ES "SÍ"] Durante el proceso de selección y evaluación, ¿cuál fue el uso informado de las siguientes sustancias?

Sustancia	Uso reciente (en los últimos 30 días)	Uso anterior (más de 30 días)	Nunca usado	No documentado
a. Alcohol	❍	❍	❍	❍
b. Opioides	❍	❍	❍	❍
c. Cannabis	❍	❍	❍	❍
d. Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	❍	❍	❍	❍
e. Cocaína	❍	❍	❍	❍
f. Metanfetamina	❍	❍	❍	❍
g. Otros estimulantes	❍	❍	❍	❍
h. Alucinógenos o psicodélicos	❍	❍	❍	❍
i. Inhalantes	❍	❍	❍	❍
j. Otras sustancias psicoactivas	❍	❍	❍	❍
k. Tabaco o nicotina	❍	❍	❍	❍

C4. En los últimos 30 días, ¿su programa examinó o evaluó al cliente para detectar los siguientes trastornos? (Seleccione uno por trastorno)

Trastorno	Examinado / evaluado	No examinado	No aplica	No documentado en los registros
a. Depresión, trastornos depresivos	❍	❍	❍	❍
b. Trastornos de ansiedad	❍	❍	❍	❍
c. Trastornos bipolares	❍	❍	❍	❍
d. Psicosis, trastornos psicóticos	❍	❍	❍	❍
e. Trastornos traumáticos, incluyendo el TEPT	❍	❍	❍	❍
f. [SI EL CLIENTE < 18 AÑOS] Trastornos del desarrollo **o neurológicos**.....	❍	❍	❍	❍
g. [SI EL CLIENTE < 18 AÑOS] Conductual y emocional	❍	❍	❍	❍

D. DIAGNÓSTICO DE SALUD CONDUCTUAL

Por favor indique los diagnósticos actuales de salud conductual del cliente utilizando la versión más reciente de los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión, Modificación Clínica (ICD-10-CM) o los códigos correspondientes del Manual Estadístico de Diagnóstico de Trastornos Mentales (por ejemplo, DSM-5), según lo realizado por un médico y documentado en un expediente clínico.

D1. Diagnóstico de trastorno por uso de sustancias (registre hasta 3)

Ingrese el código CIE-10-CM/DSM-5 F10-F19- o indique que no hay diagnóstico |___|___|___|___|

Ingrese el código CIE-10-CM/DSM-5 F10-F19- o indique que no hay diagnóstico |___|___|___|___|

Ingrese el código CIE-10-CM/DSM-5 F10-F19- o indique que no hay diagnóstico |___|___|___|___|

❍ Sin diagnóstico

D2. Diagnóstico de salud mental (registre hasta 3)

Ingrese el código CIE-10-CM/DSM-5 F20-F99- o indique que no hay diagnóstico |___|___|___|___|

Ingrese el código CIE-10-CM/DSM-5 F20-F99- o indique que no hay diagnóstico |___|___|___|___|

Ingrese el código CIE-10-CM/DSM-5 F20-F99- o indique que no hay diagnóstico |___|___|___|___|

❍ Sin diagnóstico

D3. Otros factores que influyen en el estado de salud (registre hasta 3)

Ingrese el código CIE-10-CM/DSM-5 Z55-Z65 o Z69-Z76- o indique que no hay diagnóstico |___|___|___|___|

Ingrese el código CIE-10-CM/DSM-5 Z55-Z65 o Z69-Z76- o indique que no hay diagnóstico |___|___|___|___|

Ingrese el código CIE-10-CM/DSM-5 Z55-Z65 o Z69-Z76- o indique que no hay diagnóstico |___|___|___|___|

❍ Sin diagnóstico

OTRAS PREGUNTAS SOBRE EL ESTADO DE SALUD

Por favor Indique información adicional sobre el estado de salud según corresponda y este documentado en un expediente clínico.

D4. ¿La clienta está actualmente embarazada?

❍ Sí

❍ No

❍ No aplica

❍ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

D5. [SOLO CLIENTES CON PSICOSIS DE ALTO RIESGO CLINICO] [EN LA REEVALUACIÓN O EVALUACIÓN ANUAL] ¿Ha experimentado el cliente un episodio de psicosis desde su última evaluación?

❍ Sí

❍ No

❍ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

D6. [SOLO PARA CLIENTES EN TRATAMIENTO POR TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS] En los últimos 30 días, ¿el cliente sufrió una sobredosis o consumo una cantidad excesiva de una sustancia que resultó en la necesidad de supervisión o atención médica?

- ❍ Sí
- ❍ No
- ❍ No aplica
- ❍ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

D6a. [SI LA PREGUNTA D6 ES SI] Después de consumir una cantidad excesiva de una sustancia o una sobredosis, ¿qué intervención(es) recibió el cliente?

SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- ☐ Naloxona (Narcan) u otro medicamento para revertir la sobredosis de opioides
- ☐ Atención en una sala de emergencias
- ☐ Atención de un proveedor de atención primaria
- ☐ Ingreso a un hospital
- ☐ Supervisión por otra persona
- ☐ Otro
- ❍ No aplica
- ❍ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

D7. [SOLO PARA CLIENTES DEL PROGRAMA MAI] ¿Alguna vez el cliente ha dado positivo a una prueba del VIH?

- ❍ Sí, VIH positivo
- ❍ No, VIH negativo
- ❍ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

D7a. [SI LA PREGUNTA D7 ES SÍ, INFECTADO POR EL VIH] ¿El cliente está actualmente en ART?

- ❍ Sí, actualmente está en TAR
- ❍ No, actualmente no está en TAR
- ❍ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

D7b. [SI LA PREGUNTA D7 ES NO, VIH NEGATIVO] ¿El cliente está tomando actualmente PrEP para el VIH?

- ❍ Sí, actualmente en PrEP
- ❍ No, actualmente no está en PrEP
- ❍ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

D8. ¿Alguna vez el cliente ha dado positivo en la prueba de hepatitis C?

- ❍ Sí, infección activa o previa de hepatitis C
- ❍ No, nunca ha tenido hepatitis C
- ❍ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

D8a. [SI LA PREGUNTA D8 ES SÍ, INFECCIÓN ACTIVA O PREVIA POR HEPATITIS C] ¿El cliente está actualmente recibiendo tratamiento antiviral contra la hepatitis C?

- ❍ Sí, actualmente está tomando tratamiento viral contra la hepatitis C
- ❍ No, tomé tratamiento y se curo
- ❍ No, la infección por hepatitis C se resolvió de manera natural sin necesidad de tratamiento
- ❍ No, actualmente no está tomando tratamiento
- ❍ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

E. SERVICIOS RECIBIDOS

Los servicios recibidos son recopilados por el personal del concesionario en la reevaluación, las evaluaciones anuales y el cierre.

Identifique todos los servicios que su proyecto de subvención brindó al cliente desde su evaluación anterior.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

E1. Desde la evaluación administrativa anterior, ¿el proyecto proporcionó o refirió al cliente para uno o más servicios de salud conductual?

- ❍ Sí
- ❍ No
- ❍ No documentado en los registros

E1a. Si respondió que sí, indique cuales:

	Sí, proporcionado	Referido al servicio	No proporcionado ni referido	No documentado en los registros / desconocido
a. Manejo o coordinación de casos o atención	❍	❍	❍	❍
b. Planificación del tratamiento centrado en la persona o la familia	❍	❍	❍	❍
c. Psicoeducación sobre el uso de sustancias	❍	❍	❍	❍
d. Psicoeducación en salud mental	❍	❍	❍	❍
e. Terapia de salud mental	❍	❍	❍	❍
f. Terapia concurrente (uso de sustancias y salud mental)	❍	❍	❍	❍
g. Consejería grupal	❍	❍	❍	❍
h. Consejería individual	❍	❍	❍	❍
i. Consejería familiar	❍	❍	❍	❍
j. Servicios de rehabilitación psiquiátrica	❍	❍	❍	❍
k. Medicamentos recetados para trastornos de salud mental	❍	❍	❍	❍
l. Medicamentos para el trastorno por uso de sustancias	❍	❍	❍	❍
m. Tratamiento intensivo de día	❍	❍	❍	❍
n. Manejo de la abstinencia (ya sea en el hospital, residencial o ambulatorio)	❍	❍	❍	❍
o. Planificación y derivaciones de cuidados posteriores	❍	❍	❍	❍
p. Trastornos concurrentes (incluidos los neurológicos o del desarrollo)	❍	❍	❍	❍

E2. [SI E1a_I = LA MEDICACIÓN PARA EL TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS ES SÍ, PROPORCIONADO] Indique la medicación recibida

	Sí – recibida	No – no recibida	No documentado en registros / desconocido
a Naltrexona	❍	❍	❍
b. Naltrexona de liberación prolongada	❍	❍	❍
c. Disulfiram	❍	❍	❍
d. Acamprosato	❍	❍	❍
e. Metadona	❍	❍	❍
f. Buprenorfina	❍	❍	❍
g. Terapia para dejar de fumar (p. ej., parche, goma de mascar de nicotina)	❍	❍	❍
h. Bupropión	❍	❍	❍
i. Vareniclina	❍	❍	❍
j. Otro	❍	❍	❍

SERVICIOS DE CRISIS

E3. Desde la evaluación administrativa anterior, ¿el proyecto proporcionó o refirió al cliente para uno o más servicios de crisis?

- ❍ Sí
- ❍ No
- ❍ No documentado en los registros

E3a. Si respondió que si indique cuales: En caso afirmativo, indique cuál:

	Sí, proporcionado	Referido para el servicio	No, no se proporciona ni se refiere	No documentado en registros / desconocido
a Planificación de respuesta antes crisis	❍	❍	❍	❍
b. Respuesta ante crisis	❍	❍	❍	❍
c. Estabilización de crisis	❍	❍	❍	❍
d. Seguimiento después de la crisis	❍	❍	❍	❍

SERVICIOS DE RECUPERACIÓN Y APOYO

E4. Desde la evaluación administrativa anterior, ¿el proyecto proporcionó o refirió al cliente para uno o más servicios de apoyo a la recuperación?

- ❍ Sí
- ❍ No
- ❍ No documentado en los registros

E4a. Si respondió que si indique cuales:

	Sí, proporcionado	Referido para servicio	No, no se proporciona ni se refiere	No documentado en registros / desconocido
a Apoyo para el empleo	❍	❍	❍	❍
b. Servicios de apoyo familiar, el apoyo familiar entre pares	❍	❍	❍	❍
c. Cuidado de niños	❍	❍	❍	❍
d. Transporte	❍	❍	❍	❍
e. Apoyo educativo	❍	❍	❍	❍
f. Apoyo para la vivienda	❍	❍	❍	❍
g. Vivienda de recuperación	❍	❍	❍	❍
h. Actividades espirituales, ceremoniales y/o tradicionales	❍	❍	❍	❍
I. Grupos de apoyo mutuo	❍	❍	❍	❍
j. Servicios de especialistas en apoyo entre pares, entrenamiento o mentoría	❍	❍	❍	❍
k. Cuidado de relevo	❍	❍	❍	❍
l. Cuidado terapéutico en hogares sustitutos	❍	❍	❍	❍

SERVICIOS INTEGRADOS

E5. Desde la evaluación administrativa anterior, ¿el proyecto proporcionó o refirió al cliente para uno o más servicios integrados?

- ❍ Sí
- ❍ No
- ❍ No documentado en los registros

E5a. Si respondió que si indique cuales:

	Sí proporcionado	Referido para servicio	No, no se proporciona ni se refiere	No documentado en registros / desconocido
a Atención primaria de salud.....	❍	❍	❍	❍
b. Atención de salud materna o / ginecología.....	❍	❍	❍	❍
c. Pruebas de VIH.....	❍	❍	❍	❍
d. Pruebas de hepatitis viral.....	❍	❍	❍	❍
e. Tratamiento del VIH	❍	❍	❍	❍
f. Profilaxis previa a la exposición al VIH (PrEP) .	❍	❍	❍	❍
g. Tratamiento de la hepatitis viral	❍	❍	❍	❍
h. Otras pruebas o tratamientos de ITS.....	❍	❍	❍	❍
I. Atención dental	❍	❍	❍	❍

F. DEMOGRAFÍA

El personal del concesionario recopila los datos demográficos en el periodo inicial solo si el cliente o el cuidador rechazaron el consentimiento para el SUPRT-C.

Si la persona rechazó el formulario SUPT-C del Cliente o Cuidador al inicio del estudio, proporcione información demográfica a continuación. Estos datos se pueden extraer de otras fuentes internas, sin embargo, aún deben provenir directamente de los clientes, con las categorías exactas u opciones de respuesta que se indican a continuación, y no asumirse.

F1. ¿Cuál es la raza o etnia del cliente? Seleccione todas las que correspondan e ingrese detalles adicionales en los espacios a continuación.

- ☐ Blanca: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Alemán
  - ☐ Irlandés
  - ☐ Inglés
  - ☐ Italiano
  - ☐ Polaco
  - ☐ Francés
  - ☐ Especifique, por ejemplo, escocés, noruego, holandés, etc.
- ☐ Hispana o latina: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Mexicano o México-Americano
  - ☐ Puertorriqueño
  - ☐ Cubano
  - ☐ Salvadoreño
  - ☐ Dominicano
  - ☐ Colombiano
  - ☐ Especifique, por ejemplo, guatemalteco, español, ecuatoriano, etc.
- ☐ Negra o afroamericana: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Afroamericano
  - ☐ Jamaicano
  - ☐ Haitiano
  - ☐ Nigeriano
  - ☐ Etíope
  - ☐ Somalí
  - ☐ Especifique, por ejemplo, ghanés, sudafricano, barbadense, etc.

- ☐ Asiática: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Chino
  - ☐ Filipino
  - ☐ Indio Asiático
  - ☐ Vietnamita
  - ☐ Coreano
  - ☐ Japonés
  - ☐ Especifique, por ejemplo, pakistaní, camboyano, hmong, etc.
- ☐ Indígena de las Américas o nativa de Alaska: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Especifique, por ejemplo, Nación Navajo, Tribu de los Pies Negros, Maya, Azteca, Aldea Nativa de Barrow Gobierno Tradicional Inupiat, Tlingit, etc.
- ☐ Oriente Medio o África del Norte: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Libanés
  - ☐ Iraní
  - ☐ Egipcio
  - ☐ Sirio
  - ☐ Marroquí
  - ☐ Israelí
  - ☐ Especifique, por ejemplo, argelino, iraquí, kurdo, etc.
- ☐ Nativa de Hawái o de las islas del Pacífico: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Nativo de Hawái
  - ☐ Samoano
  - ☐ Chamorro
  - ☐ Tongano
  - ☐ Fiyiano
  - ☐ Marshalés
  - ☐ Especifique, por ejemplo, palauano, tahitiano, chuukese, etc.

F2. ¿Cuál es su sexo?

- ❍ Mujer
- ❍ Hombre

SAMHSA
Substance Abuse and Mental Health Services Administration

No. OMB: 0930-0400
Fecha de vencimiento: 31/01/2028

Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA por sus siglas en inglés) Herramienta unificada de informes de rendimiento (SUPRT por sus siglas en inglés) - C

FORMULARIO PARA ADULTO / CLIENTE / PERIODO ANUAL

Versión: junio de 2025

No. OMB: 0930-0400
Fecha de vencimiento: 31/01/2028

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

¿Está respondiendo por su hijo como cuidador o miembro de la familia? Este formulario fue diseñado para adultos (personas de 18 años o más) que responden por sí mismos. Si ese no es su caso, pídale a su proveedor el formulario para cuidadores/familiares o para jóvenes (de 12 a 17 años).

¿De qué se trata este formulario?

La Administración de Servicios de Salud Mental para el Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés) financia parte de sus servicios de salud conductual. SAMHSA recopila esta información para monitorear y mejorar los servicios en su comunidad y en todo el país. Sus respuestas a estas preguntas ayudarán a SAMHSA y a su proveedor.

¿Cómo se utiliza mi información?

SAMHSA no recopila su nombre ni información que pueda identificarlo. La Ley de Privacidad de 1974, 5 U.S.C § 552a, también requiere que SAMHSA proteja la privacidad de su información.

SAMHSA recopila esta información de todas las personas a las que se presta servicio. SAMHSA busca tendencias o patrones en los datos. SAMHSA combina la información recopilada para ver si es necesario mejorar los servicios.

¿Tengo que rellenar este formulario?

No. No es necesario que llene este formulario. Esto no resultará en ninguna pérdida de servicios o beneficios.

Si decide participar, puede:

- Omitir las preguntas que no desea responder.
- Dejar de llenar el formulario en cualquier momento.

¿Cuánto tiempo se tarda en llenar el formulario?

Le llevará unos 7 minutos.

¿Cómo acepto participar?

Al responder a las siguientes preguntas, usted acepta participar.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 7 minutos por respuesta. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de la carga, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, al Oficial de Autorización de Informes de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) actualmente válido. El número de control para este proyecto es 0930-0400.

A. RESULTADOS BÁSICOS COMUNICADOS POR LOS CLIENTES

A1. Por favor, elija la opción que mejor se aplique a usted en este momento:

- ❍ Me considero en recuperación de problemas de consumo de sustancias
- ❍ Me considero en recuperación de problemas de salud mental
- ❍ Me considero en recuperación del consumo de sustancias **y** problemas de salud mental
- ❍ **No** me considero en recuperación por consumo de sustancias o problemas de salud mental
- ❍ Prefiero no contestar

A2. A partir de ahora, seleccione si está totalmente de acuerdo, de acuerdo, algo de acuerdo, algo en desacuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo con cada afirmación de la tabla a continuación.

	Totalmente de acuerdo	Acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Prefiero no contestar
a. Estoy físicamente bien la mayoría de los días	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
b. Mi salud mental está bien la mayoría de los días.....	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
c. Mi consumo de sustancias **no** causa problemas en mi vida	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
d. Tengo una vivienda estable.....	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
e. Tengo un trabajo estable o estoy involucrado en cosas como la escuela, la capacitación o el voluntariado	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
f. Mi vida tiene propósito y significado	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
g. Tengo suficiente dinero para satisfacer mis necesidades.....	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
h. Estoy orgulloso de la comunidad en la que vivo y me siento parte de ella	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
i. Me apoya la gente que me rodea.	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
j. El futuro me parece brillante	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
k. Tengo el control de mi vida.....	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
l. Me recupero rápidamente después de los momentos difíciles.	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍

A3. En una escala de 0 a 100, si 0 representa ninguna calidad de vida y 100 es una calidad de vida perfecta, ¿cómo calificaría su calidad de vida?

|__|__|__|

A4. ¿Como resultado de los servicios que recibió, ¿en cuáles metas ha logrado avances?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- ☐ Mejorar los síntomas que me llevaron a los servicios (por ejemplo, angustia, ansiedad)
- ☐ Reducir mi consumo de drogas y/o alcohol
- ☐ Obtener acceso a los servicios médicos que necesito
- ☐ Inscribirme o terminar la educación (por ejemplo, GED, título, capacitación vocacional)
- ☐ Conseguir o mantener un trabajo
- ☐ Vivir en una vivienda estable
- ☐ Ser un mejor padre o cuidador
- ☐ Mejorar mis amistades y relaciones
- ☐ Cumplir con una orden judicial o evitar el contacto con la policía y/o el sistema de justicia
- ☐ Otro objetivo, por favor describa: _____
- ❍ Prefiero no contestar

Gracias por completar este formulario.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 7 minutos por respuesta. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de la carga, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, al Oficial de Autorización de Informes de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) actualmente válido. El número de control para este proyecto es 0930-0400.

[OFFICE USE ONLY] RECORD MANAGEMENT

CLIENT ID |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

SITE ID |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| GRANT ID |__|__|__|__|__|__|__|__|

1. Was this assessment conducted with the client/caregiver?

- ❍ Yes – Client
- ❍ Yes – Caregiver/Proxy
- ❍ No

1a. [IF QUESTION 1 IS YES] When?

|__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| MM / DD / YYYY

1b. [IF QUESTION 1 IS NO] Why not? Choose the primary reason.

- ❍ Client/Caregiver was unable to provide consent
- ❍ Client/Caregiver was not reached for assessment
- ❍ Client no longer in care

SAMHSA
Substance Abuse and Mental Health Services Administration

No. OMB: 0930-0400
Fecha de vencimiento: 31/01/2028

Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA por sus siglas en inglés) Herramienta unificada de informes de rendimiento (SUPRT por sus siglas en inglés) - C

FORMULARIO PARA ADULTO / CLIENTE / PERIODO INICIAL

Versión: junio de 2025

No. OMB: 0930-0400
Fecha de vencimiento: 31/01/2028

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

¿Está respondiendo por su hijo como cuidador o miembro de la familia? Este formulario fue diseñado para adultos (personas de 18 años o más) que responden por sí mismos. Si ese no es su caso, pídale a su proveedor el formulario para cuidadores/familiares o para jóvenes (de 12 a 17 años).

¿De qué se trata este formulario?

La Administración de Servicios de Salud Mental para el Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés) financia parte de sus servicios de salud conductual. SAMHSA recopila esta información para monitorear y mejorar los servicios en su comunidad y en todo el país. Sus respuestas a estas preguntas ayudarán a SAMHSA y a su proveedor.

¿Cómo se utiliza mi información?

SAMHSA no recopila su nombre ni información que pueda identificarlo. La Ley de Privacidad de 1974, 5 U.S.C § 552a, también requiere que SAMHSA proteja la privacidad de su información.

SAMHSA recopila esta información de todas las personas a las que se presta servicio. SAMHSA busca tendencias o patrones en los datos. SAMHSA combina la información recopilada para ver si es necesario mejorar los servicios.

¿Tengo que rellenar este formulario?

No. No es necesario que llene este formulario. Esto no resultará en ninguna pérdida de servicios o beneficios.

Si decide participar, puede:

- Omitir las preguntas que no desea responder.
- Dejar de llenar el formulario en cualquier momento.

¿Cuánto tiempo se tarda en llenar el formulario?

Le llevará unos 15 minutos.

¿Cómo acepto participar?

Al responder a las siguientes preguntas, usted acepta participar.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 15 minutos por respuesta. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de la carga, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, al Oficial de Autorización de Informes de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) actualmente válido. El número de control para este proyecto es 0930-0400.

A. DATOS DEMOGRÁFICOS

A1. ¿Cuál es su raza o etnia? Seleccione todas las que correspondan e ingrese detalles adicionales en los espacios a continuación. Tenga en cuenta que puede denunciar a más de un grupo.

- ☐ Blanca: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Alemán
  - ☐ Irlandés
  - ☐ Inglés
  - ☐ Italiano
  - ☐ Polaco
  - ☐ Francés
  - ☐ Especifique, por ejemplo, escocés, noruego, holandés, etc. _____
- ☐ Hispana o latina: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Mexicano o México-Americano
  - ☐ Puertorriqueño
  - ☐ Cubano
  - ☐ Salvadoreño
  - ☐ Dominicano
  - ☐ Colombiano
  - ☐ Especifique, por ejemplo, guatemalteco, español, ecuatoriano, etc. _____
- ☐ Negra o afroamericana: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Afroamericano
  - ☐ Jamaicano
  - ☐ Haitiano
  - ☐ Nigeriano
  - ☐ Etíope
  - ☐ Somalí
  - ☐ Especifique, por ejemplo, ghanés, sudafricano, barbadense, etc. _____
- ☐ Asiática: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Chino
  - ☐ Filipino
  - ☐ Indio Asiático
  - ☐ Vietnamita
  - ☐ Coreano
  - ☐ Japonés
  - ☐ Especifique, por ejemplo, pakistaní, camboyano, hmong, etc. _____
- ☐ Indígena de las Américas o nativa de Alaska: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Especifique, por ejemplo, Nación Navajo, Tribu de los Pies Negros, Maya, Azteca, Aldea Nativa de Barrow Gobierno Tradicional Inupiat, Tlingit, etc. _____

- ☐ Oriente Medio o África del Norte: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Libanés
  - ☐ Iraní
  - ☐ Egipcio
  - ☐ Sirio
  - ☐ Marroquí
  - ☐ Israelí
  - ☐ Especifique, por ejemplo, argelino, iraquí, kurdo, etc. _____
- ☐ Nativa de Hawái o de las islas del Pacífico: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Nativo de Hawái
  - ☐ Samoano
  - ☐ Chamorro
  - ☐ Tongano
  - ☐ Fiyiano
  - ☐ Marshalés
  - ☐ Especifique, por ejemplo, palauano, tahitiano, chuukese, etc. _____

A2. ¿Cuál es su sexo?

- ❍ Mujer
- ❍ Hombre

A3. ¿Hablan otro idioma que no sea el español en casa? (Si la respuesta es no, pase a la pregunta A4).

- ❍ Sí
- ❍ No
- ❍ Prefiero no contestar

A3a. Para las personas que hablan un idioma distinto del español (respondió sí a la pregunta anterior): ¿Cuál es este(s) idioma(s)?

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

- ☐ Lenguaje de señas americano (ASL)
- ☐ Árabe
- ☐ Chino
- ☐ Francés
- ☐ Portugués
- ☐ Inglés
- ☐ Otro idioma -- especifique: _____
- ❍ Prefiero no contestar

A4. ¿Alguna vez ha servido en las Fuerzas Armadas, la Reserva Militar, la Guardia Nacional u otros Servicios Uniformados?

- ❍ Sí, actualmente sirviendo
- ❍ Sí, he servido en el pasado
- ❍ No
- ❍ Prefiero no contestar

A5. Responda a las siguientes preguntas sobre su salud física.

	Sí	No	Prefiero no contestar
a. ¿Es usted sordo o tiene dificultades serias para oír?.....	❍	❍	❍
b. ¿Es usted ciego o tiene dificultades serias para ver, incluso cuando usa anteojos?.....	❍	❍	❍
c. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultades serias para concentrarse, recordar, o tomar decisiones?.....	❍	❍	❍
d. ¿Tiene dificultades serias para caminar o subir escaleras?.....	❍	❍	❍
e. ¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse?.....	❍	❍	❍
f. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para hacer mandados solo, como visitar el consultorio del médico o ir de compras?.....	❍	❍	❍

B. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

B1. ¿Qué tan difícil es para usted pagar lo más básico, como alimentos, vivienda, atención médica y calefacción?

- ❍ Muy difícil
- ❍ Algo difícil
- ❍ No es difícil
- ❍ Prefiero no contestar

B2. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy?

- ❍ Tengo un lugar estable para vivir
- ❍ Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
- ❍ No tengo un lugar estable para vivir (me estoy quedando temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o tren, o en un parque)
- ❍ Prefiero no contestar

B3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación de vivienda actual?

- ❍ Casa o apartamento
- ❍ El domicilio de su pareja
- ❍ Donde un amigo o familiar, pagando renta
- ❍ Donde un amigo o familiar, sin pagar renta
- ❍ Programa de vivienda permanente
- ❍ Programa de vivienda transitoria
- ❍ Refugio para víctimas de violencia doméstica
- ❍ Refugio de emergencia
- ❍ Hotel o motel con váucher
- ❍ Hotel o motel pagado, pagando su estancia
- ❍ Programa residencial de drogas o alcohol
- ❍ Cárcel o prisión
- ❍ Coche u otro vehículo
- ❍ Edificio abandonado
- ❍ En cualquier lugar al aire libre
- ❍ En otro lugar [donde]: _____
- ❍ Prefiero no contestar

B4. ¿Está empleado actualmente?

- ❍ Empleado, a tiempo completo o a tiempo parcial (incluye temporal, estacional, cambio de horario cada semana)
- ❍ No tiene empleo, está buscando empleo
- ❍ No está empleado, no está buscando empleo (incluye si está estudiando y no está buscando trabajo, si está jubilado, no está buscando trabajo debido a una discapacidad, es ama de casa, etc.)
- ❍ Otro –especifique: _____
- ❍ Prefiero no contestar

B5. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha terminado?

- ❍ Menos de un diploma de escuela secundaria
- ❍ Título de escuela secundaria o GED
- ❍ Algunos créditos vocacionales, técnicos, o de colegio o universidad
- ❍ Título de asociado o certificado técnico/vocacional
- ❍ Título de 4 años o superior
- ❍ Prefiero no contestar

B6. En los últimos 3 meses, ¿ha asistido a la escuela/universidad, educación en el hogar o capacitación vocacional con regularidad?

- ❍ Inscrito, y asistiendo regularmente
- ❍ Inscrito, no asistiendo regularmente
- ❍ No está inscrito
- ❍ Prefiero no contestar

B7. En los últimos 3 meses, la falta de transporte le ha impedido asistir a las citas médicas, reuniones, trabajo o de conseguir cosas necesarias para la vida diaria?

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

- ☐ Sí, me ha impedido ir a las citas médicas u obtener mis medicamentos
- ☐ Sí, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, citas, trabajo o conseguir cosas que necesito
- ☐ No
- ❍ Prefiero no contestar

C. RESULTADOS BÁSICOS COMUNICADOS POR LOS CLIENTES

C1. Por favor, elija la opción que mejor se aplique a usted en este momento:

- ❍ Me considero en recuperación de problemas de consumo de sustancias
- ❍ Me considero en recuperación de problemas de salud mental
- ❍ Me considero en recuperación del consumo de sustancias **y** problemas de salud mental
- ❍ **No** me considero en recuperación por consumo de sustancias o problemas de salud mental
- ❍ Prefiero no contestar

C2. A partir de ahora, seleccione si está totalmente de acuerdo, de acuerdo, algo de acuerdo, algo en desacuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo con cada afirmación de la tabla a continuación.

	Totalmente de acuerdo	Acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Prefiero no contestar
a. Estoy físicamente bien la mayoría de los días	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
b. Mi salud mental está bien la mayoría de los días.....	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
c. Mi consumo de sustancias no causa problemas en mi vida	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
d. Tengo una vivienda estable.....	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
e. Tengo un trabajo estable o estoy involucrado en cosas como la escuela, la capacitación o el voluntariado	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
f. Mi vida tiene propósito y significado	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
g. Tengo suficiente dinero para satisfacer mis necesidades.....	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
h. Estoy orgulloso de la comunidad en la que vivo y me siento parte de ella	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
i. Me apoya la gente que me rodea.	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
j. El futuro me parece brillante	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
k. Tengo el control de mi vida.....	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
l. Me recupero rápidamente después de los momentos difíciles.	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍

C3. En una escala de 0 a 100, si 0 representa ninguna calidad de vida y 100 es una calidad de vida perfecta, ¿cómo calificaría su calidad de vida?

|___|___|___|

C4. ¿Qué metas tiene al participar en este programa?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- ☐ Mejorar los síntomas que me llevaron a los servicios (por ejemplo, angustia, ansiedad)
- ☐ Reducir mi consumo de drogas y/o alcohol
- ☐ Obtener acceso a los servicios médicos que necesito
- ☐ Inscribirme o terminar la educación (por ejemplo, GED, título, capacitación vocacional)
- ☐ Conseguir o mantener un trabajo
- ☐ Vivir en una vivienda estable
- ☐ Ser un mejor padre o cuidador
- ☐ Mejorar mis amistades y relaciones
- ☐ Cumplir con una orden judicial o evitar el contacto con la policía y/o el sistema de justicia
- ☐ Otro objetivo, por favor describa: _____
- ❍ Prefiero no contestar

Gracias por completar este formulario.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 15 minutos por respuesta. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de la carga, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, al Oficial de Autorización de Informes de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) actualmente válido. El número de control para este proyecto es 0930-0400.

[OFFICE USE ONLY] RECORD MANAGEMENT

CLIENT ID |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

SITE ID |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| GRANT ID |___|___|___|___|___|___|___|___|

1. Was this assessment conducted with the client/caregiver?

- ❍ Yes – Client
- ❍ Yes – Caregiver/Proxy
- ❍ No

1a. [IF QUESTION 1 IS YES] When?

|___|___| / |___|___| / |___|___|___|___| MM / DD / YYYY

1b. [IF QUESTION 1 IS NO] Why not? Choose the primary reason.

- ❍ Client/Caregiver was unable to provide consent
- ❍ Client/Caregiver was not reached for assessment
- ❍ Client no longer in care

SAMHSA
Substance Abuse and Mental Health Services Administration

No. OMB: 0930-0400
Fecha de vencimiento: 31/01/2028

Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA por sus siglas en inglés) Herramienta unificada de informes de rendimiento (SUPRT por sus siglas en inglés) - C

FORMULARIO PARA ADULTO / CLIENTE / PERIODO REEVALUCIÓN

Versión: junio de 2025

No. OMB: 0930-0400
Fecha de vencimiento: 31/01/2028

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

¿Está respondiendo por su hijo como cuidador o miembro de la familia? Este formulario fue diseñado para adultos (personas de 18 años o más) que responden por sí mismos. Si ese no es su caso, pídale a su proveedor el formulario para cuidadores/familiares o para jóvenes (de 12 a 17 años).

¿De qué se trata este formulario?

La Administración de Servicios de Salud Mental para el Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés) financia parte de sus servicios de salud conductual. SAMHSA recopila esta información para monitorear y mejorar los servicios en su comunidad y en todo el país. Sus respuestas a estas preguntas ayudarán a SAMHSA y a su proveedor.

¿Cómo se utiliza mi información?

SAMHSA no recopila su nombre ni información que pueda identificarlo. La Ley de Privacidad de 1974, 5 U.S.C § 552a, también requiere que SAMHSA proteja la privacidad de su información.

SAMHSA recopila esta información de todas las personas a las que se presta servicio. SAMHSA busca tendencias o patrones en los datos. SAMHSA combina la información recopilada para ver si es necesario mejorar los servicios.

¿Tengo que rellenar este formulario?

No. No es necesario que llene este formulario. Esto no resultará en ninguna pérdida de servicios o beneficios.

Si decide participar, puede:

- Omitir las preguntas que no desea responder.
- Dejar de llenar el formulario en cualquier momento.

¿Cuánto tiempo se tarda en llenar el formulario?

Le llevará unos 10 minutos.

¿Cómo acepto participar?

Al responder a las siguientes preguntas, usted acepta participar.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 10 minutos por respuesta. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de la carga, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, al Oficial de Autorización de Informes de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) actualmente válido. El número de control para este proyecto es 0930-0400.

A. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

A1. ¿Qué tan difícil es para usted pagar lo más básico, como alimentos, vivienda, atención médica y calefacción?

- ❍ Muy difícil
- ❍ Algo difícil
- ❍ No es difícil
- ❍ Prefiero no contestar

A2. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy?

- ❍ Tengo un lugar estable para vivir
- ❍ Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
- ❍ No tengo un lugar estable para vivir (me estoy quedando temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o tren, o en un parque)
- ❍ Prefiero no contestar

A3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación de vivienda actual?

- ❍ Casa o apartamento
- ❍ El domicilio de su pareja
- ❍ Donde un amigo o familiar, pagando renta
- ❍ Donde un amigo o familiar, sin pagar renta
- ❍ Programa de vivienda permanente
- ❍ Programa de vivienda transitoria
- ❍ Refugio para víctimas de violencia doméstica
- ❍ Refugio de emergencia
- ❍ Hotel o motel con váucher
- ❍ Hotel o motel pagando, pagando su estancia
- ❍ Programa residencial de drogas o alcohol
- ❍ Cárcel o prisión
- ❍ Coche u otro vehículo
- ❍ Edificio abandonado
- ❍ En cualquier lugar al aire libre
- ❍ En otro lugar [donde]: _____
- ❍ Prefiero no contestar

A4. ¿Está empleado actualmente?

- ❍ Empleado, a tiempo completo o a tiempo parcial (incluye temporal, estacional, cambio de horario cada semana)
- ❍ No tiene empleo, está buscando empleo
- ❍ No está empleado, no está buscando empleo (incluye si está estudiando y no está buscando trabajo, si está jubilado, no está buscando trabajo debido a una discapacidad, es ama de casa, etc.)
- ❍ Otro –especifique: _____
- ❍ Prefiero no contestar

A5. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha terminado?

- ❍ Menos de un diploma de escuela secundaria
- ❍ Título de escuela secundaria o GED
- ❍ Algunos créditos vocacionales, técnicos, o de colegio o universidad
- ❍ Título de asociado o certificado técnico/vocacional
- ❍ Título de 4 años o superior
- ❍ Prefiero no contestar

A6. En los últimos 3 meses, ¿ha asistido a la escuela/universidad, educación en el hogar o capacitación vocacional con regularidad?

- ❍ Inscrito, y asistiendo regularmente
- ❍ Inscrito, no asistiendo regularmente
- ❍ No está inscrito
- ❍ Prefiero no contestar

A7. En los últimos 3 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido asistir a las citas médicas, reuniones, trabajo o de conseguir cosas necesarias para la vida diaria?

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

- ☐ Sí, me ha impedido ir a las citas médicas u obtener mis medicamentos
- ☐ Sí, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, citas, trabajo o conseguir cosas que necesito
- ☐ No
- ❍ Prefiero no contestar

B. RESULTADOS BÁSICOS COMUNICADOS POR LOS CLIENTES

B1. Por favor, elija la opción que mejor se aplique a usted en este momento:

- ❍ Me considero en recuperación de problemas de consumo de sustancias
- ❍ Me considero en recuperación de problemas de salud mental
- ❍ Me considero en recuperación del consumo de sustancias **y** problemas de salud mental
- ❍ **No** me considero en recuperación por consumo de sustancias o problemas de salud mental
- ❍ Prefiero no contestar

B2. A partir de ahora, seleccione si está totalmente de acuerdo, de acuerdo, algo de acuerdo, algo en desacuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo con cada afirmación de la tabla a continuación.

	Totalmente de acuerdo	Acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Prefiero no contestar
a. Estoy físicamente bien la mayoría de los días	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
b. Mi salud mental está bien la mayoría de los días.....	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
c. Mi consumo de sustancias **no** causa problemas en mi vida	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
d. Tengo una vivienda estable.....	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
e. Tengo un trabajo estable o estoy involucrado en cosas como la escuela, la capacitación o el voluntariado	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
f. Mi vida tiene propósito y significado	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
g. Tengo suficiente dinero para satisfacer mis necesidades.....	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
h. Estoy orgulloso de la comunidad en la que vivo y me siento parte de ella	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
i. Me apoya la gente que me rodea.	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
j. El futuro me parece brillante	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
k. Tengo el control de mi vida.....	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
l. Me recupero rápidamente después de los momentos difíciles.	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍

B3. En una escala de 0 a 100, si 0 representa ninguna calidad de vida y 100 es una calidad de vida perfecta, ¿cómo calificaría su calidad de vida?

|__|__|__|

B4. ¿Como resultado de los servicios que recibió, ¿en cuáles metas ha logrado avances?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- ☐ Mejorar los síntomas que me llevaron a los servicios (por ejemplo, angustia, ansiedad)
- ☐ Reducir mi consumo de drogas y/o alcohol
- ☐ Obtener acceso a los servicios médicos que necesito
- ☐ Inscribirme o terminar la educación (por ejemplo, GED, título, capacitación vocacional)
- ☐ Conseguir o mantener un trabajo
- ☐ Vivir en una vivienda estable
- ☐ Ser un mejor padre o cuidador
- ☐ Mejorar mis amistades y relaciones
- ☐ Cumplir con una orden judicial o evitar el contacto con la policía y/o el sistema de justicia
- ☐ Otro objetivo, por favor describa: _____
- ❍ Prefiero no contestar

Gracias por completar este formulario.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 10 minutos por respuesta. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de la carga, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, al Oficial de Autorización de Informes de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) actualmente válido. El número de control para este proyecto es 0930-0400.

[OFFICE USE ONLY] RECORD MANAGEMENT

CLIENT ID |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

SITE ID |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| GRANT ID |__|__|__|__|__|__|__|__|

1. Was this assessment conducted with the client/caregiver?

- ❍ Yes – Client
- ❍ Yes – Caregiver/Proxy
- ❍ No

1a. [IF QUESTION 1 IS YES] When?

|__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| MM / DD / YYYY

1b. [IF QUESTION 1 IS NO] Why not? Choose the primary reason.

- ❍ Client/Caregiver was unable to provide consent
- ❍ Client/Caregiver was not reached for assessment
- ❍ Client no longer in care

SAMHSA
Substance Abuse and Mental Health Services Administration

No. OMB: 0930-0400
Fecha de vencimiento: 31/01/2028

Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA por sus siglas en inglés) Herramienta unificada de informes de rendimiento (SUPRT por sus siglas en inglés) - C

FORMULARIO PARA NIÑO (5 a 17) / CUIDADOR / PERIODO INICIAL

Versión: junio de 2025

No. OMB: 0930-0400
Fecha de vencimiento: 31/01/2028

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

¿Está respondiendo por su hijo como cuidador o miembro de la familia? Este formulario fue diseñado para cuidadores/familiares que responden por su hijo(s). Si ese no es su caso, pídale a su proveedor el formulario para cuidadores/familiares para jóvenes (de 12 a 17 años) que responden para ellos mismos o para adultos (18 o más años).

¿De qué se trata este formulario?

La Administración de Servicios de Salud Mental para el Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés) financia parte de sus servicios de salud conductual. SAMHSA recopila esta información para monitorear y mejorar los servicios en su comunidad y en todo el país. Sus respuestas a estas preguntas ayudarán a SAMHSA y a su proveedor.

¿Cómo se utiliza mi información?

SAMHSA no recopila el nombre de su hijo(s) ni información que pueda identificarlo. La Ley de Privacidad de 1974, 5 U.S.C § 552a, también requiere que SAMHSA proteja la privacidad de su información.

SAMHSA recopila esta información de todas las personas a las que se presta servicio. SAMHSA busca tendencias o patrones en los datos. SAMHSA combina la información recopilada para ver si es necesario mejorar los servicios.

¿Tengo que rellenar este formulario?

No. No es necesario que llene este formulario. Esto no resultará en ninguna pérdida de servicios o beneficios.

Si decide participar, puede:

- Omitir las preguntas que no desea responder.
- Dejar de llenar el formulario en cualquier momento.

¿Cuánto tiempo se tarda en llenar el formulario?

Le llevará unos 10 minutos.

¿Cómo acepto participar?

Al responder a las siguientes preguntas, usted acepta participar.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 10 minutos por respuesta. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de la carga, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, al Oficial de Autorización de Informes de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) actualmente válido. El número de control para este proyecto es 0930-0400.

A. DATOS DEMOGRÁFICOS

A1. ¿Cuál es su raza o etnia de su hijo/a? Seleccione todas las que correspondan e ingrese detalles adicionales en los espacios a continuación. Tenga en cuenta que puede denunciar a más de un grupo.

- ☐ Blanca: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Alemán
  - ☐ Irlandés
  - ☐ Inglés
  - ☐ Italiano
  - ☐ Polaco
  - ☐ Francés
  - ☐ Especifique, por ejemplo, escocés, noruego, holandés, etc. _____
- ☐ Hispana o latina: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Mexicano o México-Americano
  - ☐ Puertorriqueño
  - ☐ Cubano
  - ☐ Salvadoreño
  - ☐ Dominicano
  - ☐ Colombiano
  - ☐ Especifique, por ejemplo, guatemalteco, español, ecuatoriano, etc. _____
- ☐ Negra o afroamericana: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Afroamericano
  - ☐ Jamaicano
  - ☐ Haitiano
  - ☐ Nigeriano
  - ☐ Etíope
  - ☐ Somalí
  - ☐ Especifique, por ejemplo, ghanés, sudafricano, barbadense, etc. _____
- ☐ Asiática: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Chino
  - ☐ Filipino
  - ☐ Indio Asiático
  - ☐ Vietnamita
  - ☐ Coreano
  - ☐ Japonés
  - ☐ Especifique, por ejemplo, pakistaní, camboyano, hmong, etc. _____
- ☐ Indígena de las Américas o nativa de Alaska: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Especifique, por ejemplo, Nación Navajo, Tribu de los Pies Negros, Maya, Azteca, Aldea Nativa de Barrow Gobierno Tradicional Inupiat, Tlingit, etc. _____

- ☐ Oriente Medio o África del Norte: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Libanés
  - ☐ Iraní
  - ☐ Egipcio
  - ☐ Sirio
  - ☐ Marroquí
  - ☐ Israelí
  - ☐ Especifique, por ejemplo, argelino, iraquí, kurdo, etc. _____
- ☐ Nativa de Hawái o de las islas del Pacífico: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Nativo de Hawái
  - ☐ Samoano
  - ☐ Chamorro
  - ☐ Tongano
  - ☐ Fiyiano
  - ☐ Marshalés
  - ☐ Especifique, por ejemplo, palauano, tahitiano, chuukese, etc. _____

A2. ¿Cuál es el sexo de su hijo/a?

- ❍ Mujer
- ❍ Hombre

A3. ¿Habla su hijo/a otro idioma que no sea el español en casa? (Si la respuesta es no, pase a la pregunta A4).

- ❍ Sí
- ❍ No
- ❍ Prefiero no contestar

A3a. Para las personas que hablan un idioma distinto del español (respondió sí a la pregunta anterior): ¿Cuál es este(s) idioma(s)?

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

- ☐ Lenguaje de señas americano (ASL)
- ☐ Árabe
- ☐ Chino
- ☐ Francés
- ☐ Portugués
- ☐ Inglés
- ☐ Otro idioma -- especifique: _____
- ❍ Prefiero no contestar

A4. Responda a las siguientes preguntas sobre la salud física de su hijo/a.

	Sí	No	Prefiero no contestar
a. ¿Es sordo o tiene dificultades serias para oír?	❍	❍	❍
b. ¿Es ciego o tiene dificultades serias para ver, incluso cuando usa anteojos?	❍	❍	❍
c. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultades serias para concentrarse, recordar, o tomar decisiones?	❍	❍	❍
d. ¿Tiene dificultades serias para caminar o subir escaleras?	❍	❍	❍
e. ¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse?.....	❍	❍	❍

B. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

B1. ¿Qué tan difícil es para usted pagar lo más básico, como alimentos, vivienda, atención médica y calefacción para su hijo/a?

- ❍ Muy difícil
- ❍ Algo difícil
- ❍ No es difícil
- ❍ No soy la persona responsable de pagar los gastos básicos de mi hijo/a
- ❍ Prefiero no contestar

B2. ¿Cuál es la situación de su hijo/a de vivienda hoy?

- ❍ Mi hijo/a tiene un lugar estable para vivir
- ❍ Mi hijo/a tiene un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
- ❍ Mi hijo/a no tiene un lugar estable para vivir (mi hijo/a esta quedando temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o tren, o en un parque)
- ❍ Prefiero no contestar

B3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la situación de vivienda de su hijo/a actual?

- ❍ Casa o apartamento
- ❍ El domicilio de su pareja
- ❍ Donde un amigo o familiar, pagando renta
- ❍ Donde un amigo o familiar, sin pagar renta
- ❍ Programa de vivienda permanente
- ❍ Programa de vivienda transitoria
- ❍ Refugio para víctimas de violencia doméstica
- ❍ Refugio de emergencia
- ❍ Hotel o motel con váucher
- ❍ Hotel o motel pagado, pagando su estancia
- ❍ Programa residencial de drogas o alcohol
- ❍ Cárcel o prisión
- ❍ Coche u otro vehículo
- ❍ Edificio abandonado
- ❍ En cualquier lugar al aire libre
- ❍ En otro lugar [donde]: _____
- ❍ Prefiero no contestar

B4. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha terminado su hijo/a?

- ❍ Preescolar – Kindergarten
- ❍ Grado 1 – Grado 5
- ❍ Grado 6 – Grado 8
- ❍ Grado 9 – Grado 12
- ❍ Título de secundaria o GED
- ❍ Prefiero no contestar

B5. En los últimos 3 meses, ¿su hijo/a ha asistido a la escuela/universidad, educación en el hogar o capacitación vocacional regularmente?

- ❍ Matriculado, asistiendo regularmente
- ❍ Matriculado, no asistiendo regularmente
- ❍ No están matriculado
- ❍ Prefiero no contestar

Gracias por completar este formulario.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 15 minutos por respuesta. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de la carga, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, al Oficial de Autorización de Informes de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) actualmente válido. El número de control para este proyecto es 0930-0400.

[OFFICE USE ONLY] RECORD MANAGEMENT

CLIENT ID |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

SITE ID |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| GRANT ID |__|__|__|__|__|__|__|__|

1. Was this assessment conducted with the client/caregiver?

- ❍ Yes – Client
- ❍ Yes – Caregiver/Proxy
- ❍ No

1a. [IF QUESTION 1 IS YES] When?

|__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| MM / DD / YYYY

1b. [IF QUESTION 1 IS NO] Why not? Choose the primary reason.

- ❍ Client/Caregiver was unable to provide consent
- ❍ Client/Caregiver was not reached for assessment
- ❍ Client no longer in care

SAMHSA
Substance Abuse and Mental Health Services Administration

No. OMB: 0930-0400
Fecha de vencimiento: 31/01/2028

Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA por sus siglas en inglés) Herramienta unificada de informes de rendimiento (SUPRT por sus siglas en inglés) - C

FORMULARIO PARA NIÑO (5 a 17) / CUIDADOR / PERIODO REEVALUCIÓN

Versión: junio de 2025

No. OMB: 0930-0400
Fecha de vencimiento: 31/01/2028

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

¿Está respondiendo por su hijo como cuidador o miembro de la familia? Este formulario fue diseñado para cuidadores/familiares que responden por su hijo(s). Si ese no es su caso, pídale a su proveedor el formulario para cuidadores/familiares para jóvenes (de 12 a 17 años) que responden para ellos mismos o para adultos (18 o más años).

¿De qué se trata este formulario?

La Administración de Servicios de Salud Mental para el Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés) financia parte de sus servicios de salud conductual. SAMHSA recopila esta información para monitorear y mejorar los servicios en su comunidad y en todo el país. Sus respuestas a estas preguntas ayudarán a SAMHSA y a su proveedor.

¿Cómo se utiliza mi información?

SAMHSA no recopila el nombre de su hijo(s) ni información que pueda identificarlo. La Ley de Privacidad de 1974, 5 U.S.C § 552a, también requiere que SAMHSA proteja la privacidad de su información.

SAMHSA recopila esta información de todas las personas a las que se presta servicio. SAMHSA busca tendencias o patrones en los datos. SAMHSA combina la información recopilada para ver si es necesario mejorar los servicios.

¿Tengo que rellenar este formulario?

No. No es necesario que llene este formulario. Esto no resultará en ninguna pérdida de servicios o beneficios.

Si decide participar, puede:

- Omitir las preguntas que no desea responder.
- Dejar de llenar el formulario en cualquier momento.

¿Cuánto tiempo se tarda en llenar el formulario?

Le llevará unos 5 minutos.

¿Cómo acepto participar?

Al responder a las siguientes preguntas, usted acepta participar.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 5 minutos por respuesta. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de la carga, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, al Oficial de Autorización de Informes de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) actualmente válido. El número de control para este proyecto es 0930-0400.

A. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

A1. ¿Qué tan difícil es para usted pagar lo más básico, como alimentos, vivienda, atención médica y calefacción para su hijo/a?

- ❍ Muy difícil
- ❍ Algo difícil
- ❍ No es difícil
- ❍ No soy la persona responsable de pagar los gastos básicos de mi hijo/a
- ❍ Prefiero no contestar

A2. ¿Cuál es la situación de su hijo/a vivienda hoy?

- ❍ Mi hijo/a tiene un lugar estable para vivir
- ❍ Mi hijo/a tiene un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
- ❍ Mi hijo/a no tiene un lugar estable para vivir (mi hijo(a) está quedando temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o tren, o en un parque)
- ❍ Prefiero no contestar

A3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la situación de vivienda de su hijo/a actual?

- ❍ Casa o apartamento
- ❍ El domicilio de su pareja
- ❍ Donde un amigo o familiar, pagando renta
- ❍ Donde un amigo o familiar, sin pagar renta
- ❍ Programa de vivienda permanente
- ❍ Programa de vivienda transitoria
- ❍ Refugio para víctimas de violencia doméstica
- ❍ Refugio de emergencia
- ❍ Hotel o motel con váucher
- ❍ Hotel o motel pagado, pagando su estancia
- ❍ Programa residencial de drogas o alcohol
- ❍ Cárcel o prisión
- ❍ Coche u otro vehículo
- ❍ Edificio abandonado
- ❍ En cualquier lugar al aire libre
- ❍ En otro lugar [donde]: _____
- ❍ Prefiero no contestar

A4. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha terminado su hijo/a?

- ❍ Preescolar – Kindergarten
- ❍ Grado 1 – Grado 5
- ❍ Grade 6 – Grado 8
- ❍ Grado 9 – Grado 12
- ❍ Título de secundaria o GED
- ❍ Prefiero no contestar

A5. En los últimos 3 meses, ¿su hijo/a ha asistido a la escuela/universidad, educación en el hogar o capacitación vocacional regularmente?

- ❍ Matriculado, asisten regularmente
- ❍ Matriculado, no asisten regularmente
- ❍ No están matriculado
- ❍ Prefiero no contestar

Gracias por completar este formulario.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 15 minutos por respuesta. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de la carga, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, al Oficial de Autorización de Informes de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) actualmente válido. El número de control para este proyecto es 0930-0400.

[OFFICE USE ONLY] RECORD MANAGEMENT

CLIENT ID |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

SITE ID |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| GRANT ID |__|__|__|__|__|__|__|__|

1. Was this assessment conducted with the client/caregiver?

- ❍ Yes – Client
- ❍ Yes – Caregiver/Proxy
- ❍ No

1a. [IF QUESTION 1 IS YES] When?

|__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| MM / DD / YYYY

1b. [IF QUESTION 1 IS NO] Why not? Choose the primary reason.

- ❍ Client/Caregiver was unable to provide consent
- ❍ Client/Caregiver was not reached for assessment
- ❍ Client no longer in care

SAMHSA
Substance Abuse and Mental Health Services Administration

No. OMB: 0930-0400
Fecha de vencimiento: 31/01/2028

Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA por sus siglas en inglés) Herramienta unificada de informes de rendimiento (SUPRT por sus siglas en inglés) - C

FORMULARIO PARA JOVENES (12 a 17) / CLIENTE / PERIODO INICIAL

Versión: junio de 2025

No. OMB: 0930-0400
Fecha de vencimiento: 31/01/2028

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

¿Está respondiendo por su hijo como cuidador o miembro de la familia? Este formulario fue diseñado para jóvenes (de 12 a 17 años) que responden para ellos mismos. Si ese no es su caso, pídale a su proveedor el formulario para cuidadores/familiares o para adultos (18 o más años).

¿De qué se trata este formulario?

La Administración de Servicios de Salud Mental para el Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés) financia parte de sus servicios de salud conductual. SAMHSA recopila esta información para monitorear y mejorar los servicios en su comunidad y en todo el país. Sus respuestas a estas preguntas ayudarán a SAMHSA y a su proveedor.

¿Cómo se utiliza mi información?

SAMHSA no recopila el nombre de su hijo(s) ni información que pueda identificarlo. La Ley de Privacidad de 1974, 5 U.S.C § 552a, también requiere que SAMHSA proteja la privacidad de su información.

SAMHSA recopila esta información de todas las personas a las que se presta servicio. SAMHSA busca tendencias o patrones en los datos. SAMHSA combina la información recopilada para ver si es necesario mejorar los servicios.

¿Tengo que rellenar este formulario?

No. No es necesario que llene este formulario. Esto no resultará en ninguna pérdida de servicios o beneficios.

Si decide participar, puede:

- Omitir las preguntas que no desea responder.
- Dejar de llenar el formulario en cualquier momento.

¿Cuánto tiempo se tarda en llenar el formulario?

Le llevará unos 10 minutos.

¿Cómo acepto participar?

Al responder a las siguientes preguntas, usted acepta participar.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 10 minutos por respuesta. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de la carga, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, al Oficial de Autorización de Informes de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) actualmente válido. El número de control para este proyecto es 0930-0400.

A. DATOS DEMOGRÁFICOS

A1. ¿Cuál es su raza o etnia? Seleccione todas las que correspondan e ingrese detalles adicionales en los espacios a continuación. Tenga en cuenta que puede denunciar a más de un grupo.

- ☐ Blanca: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Alemán
  - ☐ Irlandés
  - ☐ Inglés
  - ☐ Italiano
  - ☐ Polaco
  - ☐ Francés
  - ☐ Especifique, por ejemplo, escocés, noruego, holandés, etc. _____
- ☐ Hispana o latina: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Mexicano o México-Americano
  - ☐ Puertorriqueño
  - ☐ Cubano
  - ☐ Salvadoreño
  - ☐ Dominicano
  - ☐ Colombiano
  - ☐ Especifique, por ejemplo, guatemalteco, español, ecuatoriano, etc. _____
- ☐ Negra o afroamericana: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Afroamericano
  - ☐ Jamaicano
  - ☐ Haitiano
  - ☐ Nigeriano
  - ☐ Etíope
  - ☐ Somalí
  - ☐ Especifique, por ejemplo, ghanés, sudafricano, barbadense, etc. _____
- ☐ Asiática: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Chino
  - ☐ Filipino
  - ☐ Indio Asiático
  - ☐ Vietnamita
  - ☐ Coreano
  - ☐ Japonés
  - ☐ Especifique, por ejemplo, pakistaní, camboyano, hmong, etc. _____
- ☐ Indígena de las Américas o nativa de Alaska: proporcione detalles a continuación.
  - ☐ Especifique, por ejemplo, Nación Navajo, Tribu de los Pies Negros, Maya, Azteca, Aldea Nativa de Barrow Gobierno Tradicional Inupiat, Tlingit, etc. _____

☐ Oriente Medio o África del Norte: proporcione detalles a continuación.
- ☐ Libanés
- ☐ Iraní
- ☐ Egipcio
- ☐ Sirio
- ☐ Marroquí
- ☐ Israelí
- ☐ Especifique, por ejemplo, argelino, iraquí, kurdo, etc. _____

☐ Nativa de Hawái o de las islas del Pacífico: proporcione detalles a continuación.
- ☐ Nativo de Hawái
- ☐ Samoano
- ☐ Chamorro
- ☐ Tongano
- ☐ Fiyiano
- ☐ Marshalés
- ☐ Especifique, por ejemplo, palauano, tahitiano, chuukese, etc. _____

A2. ¿Cuál es su sexo?

❍ Mujer
❍ Hombre

A3. ¿Habla otro idioma que no sea el español en casa? (Si la respuesta es no, pase a la pregunta A4).

❍ Sí
❍ No
❍ Prefiero no contestar

A3a. Para las personas que hablan un idioma distinto del español (respondió sí a la pregunta anterior): ¿Cuál es este(s) idioma(s)?

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

- ☐ Lenguaje de señas americano (ASL)
- ☐ Árabe
- ☐ Chino
- ☐ Francés
- ☐ Portugués
- ☐ Inglés
- ☐ Otro idioma -- especifique: _____
- ❍ Prefiero no contestar

A4. Responda a las siguientes preguntas sobre su salud física.

	Sí	No	Prefiero no contestar
a. ¿Es sordo o tiene dificultades serias para oír?.....	❍	❍	❍
b. ¿Es ciego o tiene dificultades serias para ver, incluso cuando usa anteojos?.....	❍	❍	❍
c. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultades serias para concentrarse, recordar, o tomar decisiones?.....	❍	❍	❍
d. ¿Tiene dificultades serias para caminar o subir escaleras?.....	❍	❍	❍
e. ¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse?.....	❍	❍	❍

B. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

B1. ¿Cuál es la situación de su vivienda hoy?

- ❍ Mi hijo/a tiene un lugar estable para vivir
- ❍ Mi hijo/a tiene un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
- ❍ Mi hijo/a no tiene un lugar estable para vivir (mi hijo/a esta quedando temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o tren, o en un parque)
- ❍ Prefiero no contestar

B2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la situación de su vivienda actual?

- ❍ Casa o apartamento
- ❍ El domicilio de su pareja
- ❍ Donde un amigo o familiar, pagando renta
- ❍ Donde un amigo o familiar, sin pagar renta
- ❍ Programa de vivienda permanente
- ❍ Programa de vivienda transitoria
- ❍ Refugio para víctimas de violencia doméstica
- ❍ Refugio de emergencia
- ❍ Hotel o motel con váucher
- ❍ Hotel o motel pagado, pagando su estancia
- ❍ Programa residencial de drogas o alcohol
- ❍ Cárcel o prisión
- ❍ Coche u otro vehículo
- ❍ Edificio abandonado
- ❍ En cualquier lugar al aire libre
- ❍ En otro lugar [donde]: _____
- ❍ Prefiero no contestar

B3. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha terminado?

- ❍ Preescolar – Kindergarten
- ❍ Grado 1 – Grado 5
- ❍ Grado 6 – Grado 8
- ❍ Grado 9 – Grado 12
- ❍ Título de secundaria o GED
- ❍ Prefiero no contestar

B4. En los últimos 3 meses, ¿ha asistido a la escuela/universidad, educación en el hogar o capacitación vocacional regularmente?

- ❍ Matriculado, asistiendo regularmente
- ❍ Matriculado, no asistiendo regularmente
- ❍ No están matriculado
- ❍ Prefiero no contestar

Gracias por completar este formulario.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 10 minutos por respuesta. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de la carga, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, al Oficial de Autorización de Informes de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) actualmente válido. El número de control para este proyecto es 0930-0400.

[OFFICE USE ONLY] RECORD MANAGEMENT

CLIENT ID |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

SITE ID |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| GRANT ID |___|___|___|___|___|___|___|___|

1. Was this assessment conducted with the client/caregiver?

- ❍ Yes – Client
- ❍ Yes – Caregiver/Proxy
- ❍ No

1a. [IF QUESTION 1 IS YES] When?

|___|___| / |___|___| / |___|___|___|___| MM / DD / YYYY

1b. [IF QUESTION 1 IS NO] Why not? Choose the primary reason.

- ❍ Client/Caregiver was unable to provide consent
- ❍ Client/Caregiver was not reached for assessment
- ❍ Client no longer in care

SAMHSA
Substance Abuse and Mental Health Services Administration

No. OMB: 0930-0400
Fecha de vencimiento: 31/01/2028

Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA por sus siglas en inglés) Herramienta unificada de informes de rendimiento (SUPRT por sus siglas en inglés) - C

FORMULARIO PARA JOVENES (12 a 17) / CLIENTE / PERIODO REEVALUCIÓN

Versión: junio de 2025

No. OMB: 0930-0400
Fecha de vencimiento: 31/01/2028

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

¿Está respondiendo por su hijo como cuidador o miembro de la familia? Este formulario fue diseñado para jóvenes (de 12 a 17 años) que responden para ellos mismos. Si ese no es su caso, pídale a su proveedor el formulario para cuidadores/familiares o para adultos (18 o más años).

¿De qué se trata este formulario?

La Administración de Servicios de Salud Mental para el Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés) financia parte de sus servicios de salud conductual. SAMHSA recopila esta información para monitorear y mejorar los servicios en su comunidad y en todo el país. Sus respuestas a estas preguntas ayudarán a SAMHSA y a su proveedor.

¿Cómo se utiliza mi información?

SAMHSA no recopila el nombre de su hijo(s) ni información que pueda identificarlo. La Ley de Privacidad de 1974, 5 U.S.C § 552a, también requiere que SAMHSA proteja la privacidad de su información.

SAMHSA recopila esta información de todas las personas a las que se presta servicio. SAMHSA busca tendencias o patrones en los datos. SAMHSA combina la información recopilada para ver si es necesario mejorar los servicios.

¿Tengo que rellenar este formulario?

No. No es necesario que llene este formulario. Esto no resultará en ninguna pérdida de servicios o beneficios.

Si decide participar, puede:

- Omitir las preguntas que no desea responder.
- Dejar de llenar el formulario en cualquier momento.

¿Cuánto tiempo se tarda en llenar el formulario?

Le llevará unos 5 minutos.

¿Cómo acepto participar?

Al responder a las siguientes preguntas, usted acepta participar.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 5 minutos por respuesta. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de la carga, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, al Oficial de Autorización de Informes de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) actualmente válido. El número de control para este proyecto es 0930-0400.

A. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

A1. ¿Cuál es la situación de su vivienda hoy?

- ❍ Mi hijo/a tiene un lugar estable para vivir
- ❍ Mi hijo/a tiene un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
- ❍ Mi hijo/a no tiene un lugar estable para vivir (mi hijo/a esta quedando temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o tren, o en un parque)
- ❍ Prefiero no contestar

A2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la situación de su vivienda actual?

- ❍ Casa o apartamento
- ❍ El domicilio de su pareja
- ❍ Donde un amigo o familiar, pagando renta
- ❍ Donde un amigo o familiar, sin pagar renta
- ❍ Programa de vivienda permanente
- ❍ Programa de vivienda transitoria
- ❍ Refugio para víctimas de violencia doméstica
- ❍ Refugio de emergencia
- ❍ Hotel o motel con váucher
- ❍ Hotel o motel pagado, pagando su estancia
- ❍ Programa residencial de drogas o alcohol
- ❍ Cárcel o prisión
- ❍ Coche u otro vehículo
- ❍ Edificio abandonado
- ❍ En cualquier lugar al aire libre
- ❍ En otro lugar [donde]: _____
- ❍ Prefiero no contestar

A3. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que haya completado?

- ❍ Preescolar – Kindergarten
- ❍ Grado 1 – Grado 5
- ❍ Grado 6 – Grado 8
- ❍ Grado 9 – Grado 12
- ❍ Título de secundaria o GED
- ❍ Prefiero no contestar

A4. En los últimos 3 meses, ¿ha asistido a la escuela/universidad, educación en casa o formación vocacional regularmente?

- ❍ Matriculado, asistiendo regularmente
- ❍ Matriculado, pero no asistiendo regularmente
- ❍ No estoy matriculado
- ❍ Prefiero no contestar

Gracias por completar este formulario.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 5 minutos por respuesta. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de la carga, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, al Oficial de Autorización de Informes de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) actualmente válido. El número de control para este proyecto es 0930-0400.

[OFFICE USE ONLY] RECORD MANAGEMENT

CLIENT ID |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

SITE ID |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| GRANT ID |___|___|___|___|___|___|___|___|

1. Was this assessment conducted with the client/caregiver?

- ❍ Yes – Client
- ❍ Yes – Caregiver/Proxy
- ❍ No

1a. [IF QUESTION 1 IS YES] When?

|___|___| / |___|___| / |___|___|___|___| MM / DD / YYYY

1b. [IF QUESTION 1 IS NO] Why not? Choose the primary reason.

- ❍ Client/Caregiver was unable to provide consent
- ❍ Client/Caregiver was not reached for assessment
- ❍ Client no longer in care