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