

**Responsabilidad de Transformación (TRAC, por sus siglas en inglés)**  
Centro de Servicios de Salud Mental

**NOM (Medidas de Resultados Nacionales)**  
**Medidas a nivel de clientes para programas discrecionales de suministro de servicios directos**

**HERRAMIENTA DE SERVICIOS**  
**Versión combinada para niños/adolescentes o cuidadores**



Febrero de 2014  
*Versión 11*

---

Se estima que la demanda de tiempo para efectuar un informe público sobre esta recopilación de información es como promedio 30 minutos por respuesta si se hacen todas las preguntas a un consumidor/participante. Como los proveedores ya obtienen mucha de esta información como parte de sus datos de introducción o seguimiento actuales sobre el consumidor/participante, se requerirá menos tiempo. Envíe comentarios referentes a esta estimación del tiempo para cumplir con esta obligación o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información a SAMHSA Reports Clearance Officer, Room 7-1045, 1 Choke Cherry Road, Rockville, MD 20857. Es posible que una agencia no realice ni patrocine, y que una persona no tenga que responder a una recopilación de información a menos que se muestre un número de control OMB válido actual. El número de control de este proyecto es 0930-0285.

## GESTIÓN DE REGISTROS

**[EL PERSONAL DEL CESIONARIO INFORMA SOBRE LA GESTIÓN DE REGISTROS EN LAS ENTREVISTAS DE REFERENCIA, REEVALUACIÓN Y ALTA MÉDICA, SEA QUE SE HAYA HECHO UNA ENTREVISTA O NO.]**

ID del consumidor | | | | | | | | | | | | | | | |

ID de la concesión (concesión/contrato/acuerdo de cooperación)

| | | | | | | | | | | | | | | |

ID del lugar | | | | | | | | | | | | | | | |

### 1. Indique el tipo de evaluación

<input type="radio"/> Entrevista de referencia  <b>[ANOTE EL MES Y EL AÑO EN EL QUE EL USUARIO RECIBIÓ POR PRIMERA VEZ SERVICIOS BAJO LA SUBVENCIÓN PARA <u>ESTA</u> ATENCIÓN.]</b>          /                 MES AÑO	<input type="radio"/> Reevaluación  <b>¿Cuál re-evaluación a los 6 meses?</b>           <b>[ANOTE 06 PARA UNA REEVALUACIÓN A LOS 6 MESES, 12 PARA 12 MESES, 18 PARA 18 MESES, ETC.]</b>	<input type="radio"/> Alta médica
---	---	-----------------------------------

### 2. ¿Se llevó a cabo una entrevista?

<input type="radio"/> Sí  <b>¿Cuándo?</b>          /         /                 MES DÍA AÑO	<input type="radio"/> No  <b>¿Por qué no? Seleccione una respuesta únicamente.</b>  <input type="radio"/> No se pudo obtener el consentimiento del representante <input type="radio"/> El consumidor no estaba en condiciones/no pudo dar el consentimiento <input type="radio"/> El consumidor rechazó esta entrevista únicamente <input type="radio"/> No se pudo localizar al consumidor para la entrevista <input type="radio"/> El consumidor rechazó todas las entrevistas  <b>[VAYA A LAS INSTRUCCIONES DESPUÉS DE LA PREGUNTA 3.]</b>
---	---

### 3. ¿Quién contestó, el/la niño/a o el cuidador/a?

- Niño/a **[SE PREFERE NIÑO/A DE 11 AÑOS DE EDAD O MÁS]**
- Cuidador/a

**[SI SE TRATA DE UNA REFERENCIA, VAYA A LA SECCIÓN A.]**

***[PARA TODAS LAS REEVALUACIONES:***

***SI SE LLEVÓ A CABO UNA ENTREVISTA, VAYA A LA SECCIÓN B.]***

***SI NO SE LLEVÓ A CABO UNA ENTREVISTA, VAYA A LA SECCIÓN I.]***

***[PARA UN ALTA MÉDICA:***

***SI SE LLEVÓ A CABO UNA ENTREVISTA, VAYA A LA SECCIÓN B.]***

***SI NO SE LLEVÓ A CABO UNA ENTREVISTA, VAYA A LA SECCIÓN J.]***

**A. DATOS DEMOGRÁFICOS**

**[LA SECCIÓN A SE RECOGE SÓLO EN LA ENTREVISTA DE REFERENCIA. SI NO SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE REFERENCIA, VAYA A LA SECCIÓN B.]**

1. ¿Cuál es [tu género / el género de su niño/a]?

- MASCULINO
- FEMENINO
- TRANSEXUAL
- OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
- SE NEGÓ A CONTESTAR

2. ¿[Eres/Es su niño] hispano/a o latino/a?

- SÍ
- NO *[VAYA A 3.]*
- SE NEGÓ A CONTESTAR *[VAYA A 3.]*

**[SI LA RESPUESTA ES SÍ] ¿A qué grupo étnico [consideras que perteneces/considera que pertenece su niño/a]? Conteste(a) sí o no a cada una de las preguntas siguientes. Puede(s) decir sí a más de una.**

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SE NEGÓ A CONTESTAR</b>
Centroamericano/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cubano/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dominicano/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mexicano/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Portorriqueño/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sudamericano/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OTRO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <i>[SI LA RESPUESTA ES SÍ, ESPECIFIQUE</i>
<b>ABAJO.]</b>			
(ESPECIFIQUE) _____			

3. ¿De qué raza [consideras que eres/ considera que es su niño/a]? Conteste(a) sí o no a cada una de las preguntas siguientes. Puede(s) decir sí a más de una.

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SE NEGÓ A CONTESTAR</b>
Negro/a americano/a de origen africano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiático/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nativo/a de Hawai o de otras islas del Pacífico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nativo/a de Alaska	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blanco/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nativo/a americano/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. ¿Cuál es el mes y el año de [tu nacimiento /el nacimiento de su niño/a]?

\_\_\_\_/\_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MES AÑO  SE NEGÓ A CONTESTAR

**[DETÉNGASE AQUÍ SI NO SE LLEVÓ A CABO LA ENTREVISTA DE REFERENCIA. LOS DEMÁS CONTINÚAN CON LA SECCIÓN B.]**

**B. DESEMPEÑO**

1. ¿Cómo [calificarías tu salud general/calificaría la salud general de su niño/a] ahora mismo?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

2. A fin de proporcionar los mejores servicios de salud mental posibles y relacionados, necesitamos saber lo que piensa(s) sobre cómo [te las arreglaste/se las arregló su niño/a] en [tu/su] vida diaria durante los últimos 30 días. Indica(que) [tu/su] desacuerdo/acuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes.

**[LEA CADA AFIRMACIÓN SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA DEL CONSUMIDOR (CUIDADOR/A.)]**

AFIRMACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTAS						
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/a	De acuerdo	Muy de acuerdo	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO CORRESPONDE
a. Me las arreglo [Mi niño/a se las arregla] en mi [su] vida diara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b. Me llevo bien [mi niño/a se lleva bien] con los miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Me llevo bien [mi niño/a se lleva bien] con los amigos y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
d. Me desenvuelvo [mi niño se desenvuelve] bien en la escuela/el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Me las arreglo [mi niño se las arregla] bien cuando las cosas salen mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
f. Estoy satisfecho/a con nuestra vida en familia ahora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**B. DESEMPEÑO (Continuación)**

*[SI EL/LA CUIDADOR/A ES LA PERSONA QUE CONTESTA VAYA A LA PREGUNTA OPCIONAL GAF.]*

3. Las preguntas siguientes son sobre cómo [te has/se ha] sentido durante los últimos 30 días. Para cada pregunta, [indica/indique] con qué frecuencia ha(s) sentido lo siguiente.

*[LEA CADA PREGUNTA SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA DEL CONSUMIDOR.]*

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTAS						
	Continuamente	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Ninguna vez	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia [te has/se ha] sentido ...							
a. nervioso/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. desesperanzado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. inquieto/a o impaciente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. tan deprimido/a que nada podía animarte(le)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. que para cualquier cosa se requería un esfuerzo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. inútil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**B. DESEMPEÑO (Continuación)**

*[SI EL/LA CUIDADOR/A ES LA PERSONA QUE CONTESTA VAYA A LA PREGUNTA OPCIONAL GAF.]*

4. Las preguntas siguientes están relacionadas con [tu/su] experiencia con alcohol, cigarrillos y otras drogas. Algunas sustancias de las que hablaremos son prescritas por un médico (como analgésicos). No obstante sólo anotaré las que haya(s) tomado por razones o en dosis que no fueran las prescritas.

*[LEA CADA PREGUNTA SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA DEL CONSUMIDOR.]*

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTAS					
	Nunca	Una o dos veces	Semanal mente	A diario o casi a diario	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha(s) usado ...						
a. productos de tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, cigarros, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licor, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b1. <i>[SI B &gt;= UNA O DOS VECES, Y LA PERSONA QUE CONTESTA ES UN HOMBRE]</i> , ¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha(s) tomado cinco o más bebidas alcohólicas en un día? <i>[ACLARE SI ES NECESARIO: Una bebida alcohólica estándar (p.e., 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino, 1.5 onzas de licor)]</i> .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b2. <i>[SI B &gt;= UNA O DOS VECES, Y LA PERSONA QUE CONTESTA ES UNA MUJER]</i> , ¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha(s) tomado cinco o más bebidas alcohólicas en un día? <i>[ACLARE SI ES NECESARIO: Una bebida alcohólica estándar (p.e., 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino, 1.5 onzas de licor)]</i> .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. cocaína (coca, crack, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. estimulantes de prescripción (Ritalin, Concerta, Dexedrine, Adderall, píldoras dietéticas, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. metanfetamina (speed, cristal, meta, hielo, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. inhaladores (óxido nitroso, cola, gasolina, diluyente de pintura, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. sedativos o somníferos (Valium, Serepax, Ativan, Librium, Xanax, Rohypnol, GHB, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. alucinógenos (LSD, ácido, hongos, PCP, Special K, éxtasis, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. opioides callejeros (heroína, opio, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. opioides de prescripción (fentanil, oxicodona [OxyContin, Percocet], hidrocodona [Vicodin], metadona, buprenorfina, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. otras – especifique (cigarrillos electrónicos, etc.):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



---

**B. FAMILIAS CON MILITARES Y DESPLAZAMIENTO POR MOTIVOS MILITARES**

***[LAS PREGUNTAS 5 Y 6 SOLO SE HACEN EN LA ENTREVISTA DE REFERENCIA. SI ESTA NO ES UNA ENTREVISTA DE REFERENCIA, VAYA A LA SECCIÓN C.]***

***[SI EL ENCUESTADO ES EL CUIDADOR, VAYA A LA PREGUNTA 6.]***

***[SI EL CONSUMIDOR ES MENOR DE 18 AÑOS, VAYA A LA PREGUNTA 6.]***

**5. ¿Actualmente está en servicio activo en las fuerzas armadas, la reserva o la guardia nacional?**

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

**6. ¿Está alguien de [tu familia/la familia de su niño/a] o alguien cercano a [ti/su niño/a] en servicio activo actualmente o está separado o jubilado de las fuerzas armadas, la reserva o la guardia nacional?**

- Sí, únicamente una persona
- Sí, más de una persona
- No
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

**C. ESTABILIDAD EN LA VIVIENDA**

	Número de noches/ Veces	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
1. En los últimos 30 días, ¿cuántas ...			
a. noches [has pasado/ha pasado su niño/a] sin hogar propio?	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. noches [has pasado/ha pasado su niño/a] en un hospital de salud mental?	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. noches [has pasado/ha pasado su niño/a] en un centro de desintoxicación/tratamiento por abuso de sustancias ingresado/a o en residencia?	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. noches [has pasado/ha pasado su niño/a] en un reformatorio incluida cárcel o prisión?	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>[SUME EL NÚMERO TOTAL DE NOCHES PASADAS SIN HOGAR PROPIO, EN UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL, EN UN CENTRO DE DESINTOXICACIÓN/TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS INGRESADO/A O EN RESIDENCIA, O EN UN REFORMATARIO. (LOS ARTÍCULOS A-D NO PUEDEN EXCEDER DE 30 NOCHES).]</i>	_ _ _		
e. veces [has ido/ha llevado a su niño/a] a una sala de urgencias por un problema psiquiátrico o emocional?	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*[SI 1A, 1B, 1C O 1D ES 16 O MÁS NOCHES, VAYA A LA SECCIÓN D.]*

2. En los últimos 30 días, ¿dónde [has estado/ha estado su niño/a] viviendo la mayor parte del tiempo?

*[NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTAS AL CONSUMIDOR (CUIDADOR/A). ESCOJA SÓLO UNA.]*

- CASA, APARTAMENTO, REMOLQUE O HABITACIÓN PROPIEDAD O ALQUILADA POR EL CUIDADOR/A
- CASA, APARTAMENTO, REMOLQUE O HABITACIÓN INDEPENDIENTE DE PROPIEDAD O ALQUILER
- CASA, APARTAMENTO, REMOLQUE O HABITACIÓN DE OTRA PERSONA
- SIN HOGAR PROPIO (ASILO, CALLE/AIRE LIBRE, PARQUE)
- HOGAR PARA GRUPOS
- HOGAR DE ACOGIDA (TRATAMIENTO TERAPÉUTICO ESPECIALIZADO)
- VIVIENDA DE TRANSICIÓN
- HOSPITAL (MÉDICO)
- HOSPITAL (PSIQUIÁTRICO)
- CENTRO DE DESINTOXICACIÓN/TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS INGRESADO/A O EN RESIDENCIA
- REFORMATARIO (CENTRO DE DETENCIÓN DE JÓVENES/CARCEL/PRISIÓN)
- OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

---

**D. ESTUDIOS**

1. **Durante los últimos 30 días de la escuela, ¿cuántos días [estuviste/estuvo su niño/a] ausente por cualquier motivo?**

- 0 DÍAS
- 1 DÍA
- 2 DÍAS
- 3 A 5 DÍAS
- 6 A 10 DÍAS
- MÁS DE 10 DÍAS
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE
- NO CORRESPONDE

a. **[SI ESTUVO AUSENTE], ¿cuántos días fueron ausencias sin excusas?**

- 0 DÍAS
- 1 DÍA
- 2 DÍAS
- 3 A 5 DÍAS
- 6 A 10 DÍAS
- MÁS DE 10 DÍAS
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE
- NO CORRESPONDE

2. **¿Cuál es el máximo nivel de estudios que [has terminado/ha terminado su niño/a], tanto si ha(s) recibido un título como si no lo ha(s) recibido?**

- NO HA ASISTIDO NUNCA
- PREESCOLAR
- JARDÍN DE INFANCIA
- 1<sup>er</sup> GRADO
- 2° GRADO
- 3<sup>er</sup> GRADO
- 4° GRADO
- 5° GRADO
- 6° GRADO
- 7° GRADO
- 8° GRADO
- 9° GRADO
- 10° GRADO
- 11° GRADO
- 12° GRADO/DIPLOMA DE ESCUELA SECUNDARIA/EQUIVALENTE (GED)
- DIPLOMA VOCACIONAL/TÉCNICO
- ALGUNOS CURSOS UNIVERSITARIOS
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

---

**E. SITUACIÓN PENAL Y DE JUSTICIA PENAL**

**1. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces [has sido arrestado/a/ ha sido arrestado su niño/a]?**

|\_|\_|\_|\_| VECES

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

***[SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE REFERENCIA, VAYA A LA SECCIÓN G. DE LO CONTRARIO, VAYA A LA SECCIÓN F.]***

**F. PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS**

**[LA SECCIÓN F NO SE RECOGE EN LA ENTREVISTA DE REFERENCIA. PARA ENTREVISTAS DE REFERENCIA, VAYA A LA SECCIÓN G.]**

1. A fin de proporcionar los mejores servicios de salud mental posibles, necesitamos saber lo que piensa(s) sobre los servicios que [has recibido/ha recibido su niño/a] durante los últimos 30 días, las personas que los proporcionaron y los resultados. [Indica/Indique] [tu/su] desacuerdo/acuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes.

**[LEA CADA AFIRMACIÓN SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA DEL CONSUMIDOR (CUIDADOR/A.)]**

AFIRMACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTAS					
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/a	De acuerdo	Muy de acuerdo	SE NEGÓ A CONTESTAR
a. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. El personal respetó las creencias religiosas/espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. El personal habló conmigo de forma que entendía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. El personal tuvo en cuenta mis antecedentes culturales/étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Ayudé a escoger [mis servicios/ los servicios de mi niño/a].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Ayudé a escoger los objetivos [de mi tratamiento/ del tratamiento de mi niño/a].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. He participado en [mi tratamiento/ el tratamiento de mi niño/a].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. En general, estoy satisfecho/a con los servicios recibidos [por mi niño/a].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Las personas que [me ayudan /ayudan a mi niño/a] nos apoyaron siempre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Creo que [mi niño/a] tenía a alguien con quien hablar cuando tuve [tuvo] problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Los servicios que recibí [recibió mi niño/a y familia] fueron los adecuados para mí [nosotros].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Recibí [Recibió mi familia] la ayuda que quería [queríamos para mi niño/a].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Recibí [Recibió mi familia] tanta ayuda como necesité [necesitamos para mi niño/a].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**F. PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS (Continuación)**

**2. [INDIQUE QUIÉN ADMINISTRÓ LA SECCIÓN F - PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS AL CONSUMIDOR (CUIDADOR/A) EN ESTA ENTREVISTA.]**

- PERSONAL ADMINISTRATIVO
- COORDINADOR DE CUIDADOS
- ADMINISTRADOR DEL CASO
- MÉDICO CLÍNICO QUE PROPORCIONA SERVICIOS DIRECTOS
- MÉDICO CLÍNICO QUE NO PROPORCIONA SERVICIOS DIRECTOS
- COLEGA DEL CONSUMIDOR
- RECOPIADOR DE DATOS
- EVALUADOR
- DEFENSOR DE FAMILIAS
- PERSONAL ASISTENTE DE INVESTIGACIÓN
- AUTOADMINISTRADO
- OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

**G. RELACIONES SOCIALES**

1. [Indica/Indique] [tu/su] desacuerdo/acuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes. Contesta(e) respecto a las relaciones con personas que no sean los proveedores de servicios de salud mental [de su niño/a] durante los últimos 30 días.

***[LEA CADA AFIRMACIÓN SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA DEL CONSUMIDOR (CUIDADOR/A.)]***

AFIRMACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTAS					
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/a	De acuerdo	Muy de acuerdo	SE NEGÓ A CONTESTAR
a. Conozco personas que me escucharán y entenderán cuando necesite hablar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Conozco a personas con las que me siento cómodo/a de hablar sobre mis [los] problemas [de mi niño/a].	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. En caso de crisis, tendría el apoyo que necesito de mi familia y amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Conozco a personas con las que puedo hacer cosas agradables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

***[SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE REFERENCIA, DETÉNGASE AHORA. LA ENTREVISTA ESTÁ COMPLETA.]***

***[SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE REEVALUACIÓN, VAYA A LA SECCIÓN I.]***

***[SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE ALTA MÉDICA, VAYA A LA SECCIÓN J.]***

---

**H. PREGUNTAS ESPECÍFICAS ACERCA DEL PROGRAMA**

***ALGUNOS PROGRAMAS TIENEN DATOS ESPECÍFICOS QUE SON ENVIADOS A TRAC. EL CMHS LE INFORMARÁ SI DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN H Y LE DARÁN UN FORMULARIO SEPARADO CON LA SECCIÓN H.***

***EN ESTE MOMENTO NINGÚN PROGRAMA INFANTIL NECESITA OBTENER DATOS SOBRE LA SECCIÓN H.***

## **I. ESTADO DE REEVALUACIÓN**

***[EL PERSONAL DEL CESIONARIO INFORMA SOBRE LA SECCIÓN I DESPUÉS DE LA REEVALUACIÓN.]***

**1. ¿Ha tenido contacto usted u otro empleado de la concesión con el consumidor en los últimos 90 días desde el último encuentro?**

- Sí
- No

**2. ¿Sigue recibiendo el consumidor servicios de su proyecto?**

- Sí
- No

***[VAYA LA SECCIÓN K.]***

---

**J. ESTADO DE ALTA MÉDICA**

***[EL PERSONAL DEL CESIONARIO INFORMA SOBRE LA SECCIÓN J ACERCA DEL CONSUMIDOR CUANDO ES DADO DE ALTA.]***

**1. ¿En qué fecha se dio de alta al consumidor?**

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

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

- Cese del tratamiento acordado mutuamente
- Abandonó/rechazó el tratamiento
- No hubo ningún contacto en los últimos 90 días después del último encuentro
- Recomendación médica para otro lugar
- Fallecimiento
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

***[VAYA A LA SECCIÓN K.]***

**K. SERVICIOS RECIBIDOS**

**[EL PERSONAL DEL CESIONARIO INFORMA SOBRE LA SECCIÓN K EN LA RE-EVALUACIÓN Y AL DAR DE ALTA MÉDICA A MENOS QUE EL CONSUMIDOR HAYA RECHAZADO ESTA ENTREVISTA O TODAS LAS ENTREVISTAS, EN CUYO CASO ES OPCIONAL.]**

**1. ¿En qué fecha recibió el consumidor servicios por última vez?**

/   
 MES AÑO

**[IDENTIFIQUE TODOS LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS AL CONSUMIDOR DESDE SU ÚLTIMA ENTREVISTA DE NOM; ESTO INCLUYE SERVICIOS FINANCIADOS Y NO FINANCIADOS POR LA CMHS].**

Servicios básicos	<u>Proporcionados</u>		SE DESCONOCE	SERVICIO NO DISPONIBLE
	Sí	No		
1. Examen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Evaluación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Planificación o revisión del tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Servicios psicofarmacológicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Servicios de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[SI LA RESPUESTA A LA OPCIÓN 5 “SERVICIOS DE SALUD MENTAL” ES SÍ, CALCULE LA FRECUENCIA CON QUE SE PRESTARON SERVICIOS DE SALUD MENTAL.]**

Número de veces \_\_\_\_\_ por

Día      SE DESCONOCE  
 Semana        
 Mes  
 Año

	<u>Proporcionados</u>		SE DESCONOCE	SERVICIO NO DISPONIBLE
	Sí	No		
6. Servicios simultáneos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Gestión de casos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Servicios específicos de trauma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Se recomendó al consumidor a otro proveedor para cualquier de los servicios básicos anteriores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Servicios de apoyo	<u>Proporcionados</u>		SE DESCONOCE	SERVICIO NO DISPONIBLE
	Sí	No		
1. Atención médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Servicios de empleo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Servicios de familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Guardería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Servicios educativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Apoyo de vivienda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Actividades de recreo social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Servicios operados por el consumidor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Pruebas de VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Se recomendó al consumidor a otro proveedor para cualquiera de los servicios de apoyo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

anteriores?