

## Perfil de Alta

<b>Número de expediente</b>	<b>Seguro social</b> _ _ _ - _ _ _ _	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero (M-F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F-M)	<b>Género</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro
<b>IUP</b>	<b>Episodio</b>		
<b>Nombre del centro/ unidad de servicio</b>			
<b>Nombre de la persona que llenó el perfil (escriba claro)</b>	<b>Puesto</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha</b> (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _
<b>Nombre de la persona autorizada a dar el alta</b>	<b>Disciplina</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha</b> (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _
<b>Fecha de admisión</b> (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _	<b>Fecha de Convenio</b> (programas de desvío solamente, ej. TASC, Drug Court) (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _		
<b>Fecha de alta</b> (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _	<b>Fecha de último contacto</b> (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _		

<b>Estado marital</b>	<b>Condición laboral</b>	<b>Si no participa de la fuerza laboral:</b>
<input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión consensual <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> No informé	<input type="checkbox"/> Empleo, tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleo, tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudia y trabaja <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> No participa de la fuerza laboral	<input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Encarcelado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica
		<b>Número de hijos</b>

<b>Último grado completado</b> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pre-escolar <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Quinto <input type="checkbox"/> Sexto <input type="checkbox"/> Séptimo <input type="checkbox"/> Octavo	<input type="checkbox"/> Noveno <input type="checkbox"/> Décimo <input type="checkbox"/> Undécimo <input type="checkbox"/> Diploma de escuela superior <input type="checkbox"/> Créditos universitarios <input type="checkbox"/> Curso vocacional <input type="checkbox"/> Grado asociado <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Salón Contenido	<b>Situación escolar al momento de admisión</b> <input type="checkbox"/> Ha asistido a la escuela en algún momento durante los pasados tres meses <input type="checkbox"/> No ha asistido a la escuela durante los pasados tres meses <input type="checkbox"/> No aplica
		<b>Desertor escolar:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<b>Educación especial:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Estructura familiar

<b>¿Con quién vive la persona?</b> <input type="checkbox"/> Vive solo <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermanos(as) <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra <input type="checkbox"/> Hijo(s) solamente <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Esposo(a) o compañero(a) solamente <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Personas no emparentadas <input type="checkbox"/> No informé	<b>Residencia</b> <input type="checkbox"/> Propia (de los padres, si es menor) <input type="checkbox"/> Alquilada (por los padres, si es menor) <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Institución residencial <input type="checkbox"/> Hogar grupal, orfanato <input type="checkbox"/> Institución correccional <input type="checkbox"/> Hogar de crianza <input type="checkbox"/> Hogar sustituto <input type="checkbox"/> Hogar transicional <input type="checkbox"/> Sin hogar (Deambulante) <input type="checkbox"/> No informé	<b>¿Ha sido arrestado durante los pasados 30 días?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<b>Número de arrestos durante los pasados 30 días o durante el tratamiento si duró menos de 30 días</b>
		<b>Tamaño Familiar</b>

<b>¿Ha sido diagnosticado con ...?</b> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes/hipoglucemia <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Hepatitis de tipo desconocido <input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Persona viviendo con SIDA <input type="checkbox"/> Persona viviendo con VIH <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Síndromes metabólicos <input type="checkbox"/> Trastornos asociados a la tiroides <input type="checkbox"/> Sordera <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Otro impedimento físico <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico <input type="checkbox"/> Ningún diagnóstico
--	---

Diagnósticos	Dx. Primario			Dx. Secundario			Dx. Terciario		
	Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo
<b>Trastornos clínicos</b> Utilizar palabras para describir el diagnóstico.									
Trastornos de la personalidad y retardo mental									
Problemas psicosociales y ambientales									
<b>Comentarios:</b> <b>Funcionamiento global:</b> _____ <b>Otras observaciones:</b> _____ _____ _____							<b>Diagnósticos concurrentes de salud mental y uso de sustancias</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

<b>Droga de uso primario</b>		<b>Droga de uso secundario</b>		<b>Droga de uso terciario</b>	
<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Barbitúricos <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Otros opiáceos y opioides <input type="checkbox"/> Heroína +Cocaína (Speedball) <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Marihuana sintética <input type="checkbox"/> Metadona <input type="checkbox"/> Metanfetamina <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Percoset <input type="checkbox"/> Inhalantes <input type="checkbox"/> Halucinógenos <input type="checkbox"/> Sedantes <input type="checkbox"/> Medicamentos no recetados <input type="checkbox"/> Tabaco/ cigarrillo <input type="checkbox"/> Anestesia de Caballo <input type="checkbox"/> Diablillo (Cocaína + Marihuana) <input type="checkbox"/> Xanax <input type="checkbox"/> Otro(s) <input type="checkbox"/> No usa actualmente <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Barbitúricos <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Otros opiáceos y opioides <input type="checkbox"/> Heroína +Cocaína (Speedball) <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Marihuana sintética <input type="checkbox"/> Metadona <input type="checkbox"/> Metanfetamina <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Percoset <input type="checkbox"/> Inhalantes <input type="checkbox"/> Halucinógenos <input type="checkbox"/> Sedantes <input type="checkbox"/> Medicamentos no recetados <input type="checkbox"/> Tabaco/ cigarrillo <input type="checkbox"/> Anestesia de Caballo <input type="checkbox"/> Diablillo (Cocaína + Marihuana) <input type="checkbox"/> Xanax <input type="checkbox"/> Otro(s) <input type="checkbox"/> No usa actualmente <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Barbitúricos <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Otros opiáceos y opioides <input type="checkbox"/> Heroína +Cocaína (Speedball) <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Marihuana sintética <input type="checkbox"/> Metadona <input type="checkbox"/> Metanfetamina <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Percoset <input type="checkbox"/> Inhalantes <input type="checkbox"/> Halucinógenos <input type="checkbox"/> Sedantes <input type="checkbox"/> Medicamentos no recetados <input type="checkbox"/> Tabaco/ cigarrillo <input type="checkbox"/> Anestesia de Caballo <input type="checkbox"/> Diablillo (Cocaína + Marihuana) <input type="checkbox"/> Xanax <input type="checkbox"/> Otro(s) <input type="checkbox"/> No usa actualmente <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica	
<b>Vía de utilización</b> <input type="checkbox"/> Inyectada <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Oral (bebida) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica		<b>Vía de utilización</b> <input type="checkbox"/> Inyectada <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Oral (bebida) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica		<b>Vía de utilización</b> <input type="checkbox"/> Inyectada <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Oral (bebida) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica	
<b>Frecuencia de uso</b> <input type="checkbox"/> No usé en el pasado mes <input type="checkbox"/> 1-3 veces al mes <input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana <input type="checkbox"/> 3-6 veces a la semana <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica		<b>Frecuencia de uso</b> <input type="checkbox"/> No usé en el pasado mes <input type="checkbox"/> 1-3 veces al mes <input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana <input type="checkbox"/> 3-6 veces a la semana <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica		<b>Frecuencia de uso</b> <input type="checkbox"/> No usé en el pasado mes <input type="checkbox"/> 1-3 veces al mes <input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana <input type="checkbox"/> 3-6 veces a la semana <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica	
<b>Edad de inicio</b>		<b>Edad de inicio</b>		<b>Edad de inicio</b>	

  

<b>Metadona</b>	<b>Paciente participa del programa TAKE HOME</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<b>Si no es participante de TAKE HOME indique por qué:</b> <input type="checkbox"/> Uso de alcohol o drogas reciente (menos de 90 días) <input type="checkbox"/> Problemas de conducta en la clínica <input type="checkbox"/> Historial reciente de actividad criminal <input type="checkbox"/> No cumple con sus citas y toma de medicamento <input type="checkbox"/> Ambiente familiar o social inestable <input type="checkbox"/> No cuenta con lugar seguro para almacenar el medicamento <input type="checkbox"/> El riesgo de desvío es mayor que el beneficio de rehabilitación
	<b>Etapas:</b> 1   2   3   4   5   6			
	<b>Fecha de inicio:</b>			
	<b>Fecha de terminación:</b>			
	<b>Botellas</b> ____   Semanales     Mensuales			

**¿Cuántas veces ha participado de reuniones de grupos de apoyo, de auto-ayuda, religiosos o ha buscado ayuda de familiares, amigos u otros durante los pasados 30 días como apoyo a su proceso de recuperación?**

- ☐ No ha asistido en los pasados 30 días
- ☐ 1-3 veces durante el pasado mes (menos de una vez semanal)
- ☐ 4-7 veces durante el pasado mes (aprox. una vez semanal)
- ☐ 8-15 veces durante el pasado mes (2 ó 3 veces semanales)
- ☐ 16-30 veces durante el pasado mes (4 ó más veces por semana)
- ☐ Ha asistido durante el pasado mes, pero se desconoce cuánto

Referidos generados durante Tx.	Nivel de cuidado	
<input type="checkbox"/> Reforma <input type="checkbox"/> Administración de Tribunales <input type="checkbox"/> ASSMCA <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Departamento de Educación <input type="checkbox"/> Departamento de Justicia <input type="checkbox"/> Departamento de la Familia <input type="checkbox"/> Departamento de Salud <input type="checkbox"/> Emergencias Sociales <input type="checkbox"/> Familiares o amigos <input type="checkbox"/> Hogar de rehabilitación <input type="checkbox"/> Instituciones Juveniles <input type="checkbox"/> Instituciones privadas <input type="checkbox"/> Procuradora del Paciente <input type="checkbox"/> Oficina Asuntos de la Juventud <input type="checkbox"/> Otras agencias del gobierno <input type="checkbox"/> TASC Juvenil <input type="checkbox"/> Información no disponible <input type="checkbox"/> Otros	<b>Salud Mental</b> <input type="checkbox"/> Clínicas ambulatorias <input type="checkbox"/> Ambulatorio intensivo <input type="checkbox"/> Hospitalización parcial <input type="checkbox"/> Hospitalización psiquiátrica general <input type="checkbox"/> Hospitalización forense <input type="checkbox"/> Centro de recuperación <input type="checkbox"/> Centro transicional a vida independiente <input type="checkbox"/> Servicios especializados de recuperación en la comunidad <input type="checkbox"/> Tratamiento residencial <input type="checkbox"/> No aplica (Este episodio es de uso de sustancias)	<b>Uso de Sustancias</b> <input type="checkbox"/> Evaluación drogas <input type="checkbox"/> Charla socioeducativa <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Ambulatorio intensivo <input type="checkbox"/> Ambulatorio con metadona <input type="checkbox"/> Detox droga (ambulatorio) <input type="checkbox"/> Detox alcohol (ambulatorio) <input type="checkbox"/> Detox alcohol (interno) <input type="checkbox"/> Tratamiento residencial <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Hospitalización parcial <input type="checkbox"/> Desvío <input type="checkbox"/> No aplica (este episodio es de salud mental)

#### Prácticas Basadas en Evidencia

##### Niños y Adolescentes:

- ☐ Apoyo en la educación (Educación Respalada)
- ☐ Apoyo en el empleo
- ☐ Aproximación de reforzamiento comunitario para adolescentes
- ☐ Terapia multisistémica
- ☐ Entrevista motivacional

##### Adultos:

- ☐ Psicoeducación familiar
- ☐ Manejo de la enfermedad y recuperación
- ☐ Apoyo en el empleo
- ☐ Tratamiento integrado para trastornos de salud mental y abuso de sustancias
- ☐ Manejo de la medicación
- ☐ Plan de acción para la recuperación del bienestar
- ☐ Entrevista motivacional

#### Razón de alta

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Completó el tratamiento / servicio (graduado) | <input type="checkbox"/> Encarcelado / admitido a institución juvenil |
| <input type="checkbox"/> Abandonó el servicio                          | <input type="checkbox"/> Revocación (solamente programas de desvío)   |
| <input type="checkbox"/> Traslado a otro centro: _____                 | <input type="checkbox"/> Alta administrativa                          |
| <input type="checkbox"/> Referido a centro privado _____               | <input type="checkbox"/> Otro   |
| <input type="checkbox"/> Muerte  | <input type="checkbox"/> Se desconoce                                 |

#### Comentarios

---



---



---