

Perfil de Evaluación de Progreso

Número de expediente	Seguro social _ _ _ - _ - _ _ _	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero (M-F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F-M)	Orientación sexual (variable Género en SEPS) <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No informé
IUP	Episodio		
Nombre del centro/ Unidad de servicio			
Nombre de la persona que llenó el perfil (escriba claro)	Puesto	Firma	Fecha (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _
Nombre de la persona autorizada a dar el diagnóstico	Disciplina	Firma	Fecha (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _
Fecha de admisión (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _	Fecha de Convenio (programas de desvío solamente, ej. TASC, Drug Court) (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _		
Fecha en que se completa evaluación (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _	Fecha de último contacto (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _		
Primer apellido _	Segundo apellido _		
Primer nombre _	Segundo nombre _		
Estado marital <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión consensual <input type="checkbox"/> No informé	Condición laboral <input type="checkbox"/> Empleo, tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleo, tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudia y trabaja <input type="checkbox"/> No participa de la fuerza laboral	Si 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	
Número de hijos: _ _ _			
Último grado completado <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Décimo <input type="checkbox"/> Grado asociado <input type="checkbox"/> Pre-escolar <input type="checkbox"/> Quinto <input type="checkbox"/> Undécimo <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Sexto <input type="checkbox"/> Diploma de escuela superior <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Primero <input type="checkbox"/> Séptimo <input type="checkbox"/> Créditos universitarios <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Octavo <input type="checkbox"/> Curso vocacional <input type="checkbox"/> Otro (educación especial) <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Noveno			
Desertor Escolar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Educación Especial: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Situación escolar al momento de admisión: <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			

¿Con quién vive la persona? (Marque todas las que aplique) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vive sólo <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) <input type="checkbox"/> Abuelo(s) <input type="checkbox"/> Esposo(a) o compañero(a) <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Personas no emparentadas <input type="checkbox"/> No informé 	Residencia <ul style="list-style-type: none"> <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 	¿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? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No ha asistido en los pasados 30 días <input type="checkbox"/> 1-3 veces durante el pasado mes (menos de una vez semanal) <input type="checkbox"/> 4-7 veces durante el pasado mes (aprox. una vez semanal) <input type="checkbox"/> 8-15 veces durante el pasado mes (2 ó 3 veces semanales) <input type="checkbox"/> 16-30 veces durante el pasado mes (4 ó más veces por semana) <input type="checkbox"/> Ha asistido durante el pasado mes, pero se desconoce cuánto
Tamaño Familiar:		
¿Ha sido arrestado durante los pasados 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de arrestos durante los pasados 30 días o durante el tratamiento si duró menos de 30 días: _____

DATOS DE SALUD GENERAL (Indique condiciones de salud adicionales a la asociada a este evento)

¿Ha sido diagnosticado con ...? <ul style="list-style-type: none"> <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 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Hepatitis (otro) <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 	<ul style="list-style-type: none"> <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 DSM-5	Dx. Primario			Dx. Secundario			Dx. Terciario		
Trastornos clínicos Anote el código , utilice palabras para describir el diagnóstico y circule el nivel del dx, si aplica.	Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo
.....									
.....									
.....									
.....									
Trastornos de la personalidad y retardo mental									
Problemas psicosociales y ambientales (Para cada dx seleccione el que aplique según se provee en la leyenda*)									

*Leyenda: <ul style="list-style-type: none"> 1. Problemas con el grupo de apoyo 2. Problemas relacionados medio ambiente social 3. Problemas académicos 4. Problemas ocupacionales 5. Problemas de vivienda 6. Problemas económicos 7. Problemas acceso servicios de cuidado 8. Problemas relacionados al sistema legal/crimen 9. Otros 10. No aplica
--

Comentarios: _____ Medidas de Funcionamiento <input type="checkbox"/> CGAS <input type="checkbox"/> GAS <input type="checkbox"/> GAF (0-100%): _____ Otras observaciones: _____	Diagnóstico concurrente (salud mental y sustancias) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

Utilización actual de Drogas o Sustancias

(Marque el tipo de droga [solo una por columna] que constituye el problema primario, secundario y terciario)

Droga de uso primario (Marque solo uno, la de uso principal)	Droga de uso secundario (Marque solo uno, la de uso secundario si aplica)	Droga de uso terciario (Marque solo uno, la de uso terciario si 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> Otro(s) <input type="checkbox"/> No usa actualmente <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica
Vía de utilización (principal) <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	Vía de utilización (principal) <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	Vía de utilización (principal) <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
Frecuencia de uso <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"/> Desconoce <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica	Frecuencia de uso <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"/> Desconoce <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica	Frecuencia de uso <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"/> Desconoce <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica
Edad de inicio	Edad de inicio	Edad de inicio

Metadona	Paciente participa del programa TAKE HOME <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Etapas: 1 2 3 4 5 6 Fecha de comienzo TH: (mmm/dd/aaaa) ____/____/_____ Fecha de terminación TH: (mmm/dd/aaaa) ____/____/_____ Botellas ____ Semanales ____ Mensuales	Si no es participante de TAKE HOME indique por qué: <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 <input type="checkbox"/> El participante no desea el beneficio
-----------------	---	---

Referidos generados durante Tx. <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"/> Ofic. 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	Nivel de cuidado	
	Uso de Sustancias <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)	Salud Mental <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 abuso de sustancias)

Prácticas Basadas en Evidencia	
Niños y Adolescentes: <input type="checkbox"/> Apoyo en la Educación (Educación Respaldada) <input type="checkbox"/> Apoyo en el Empleo <input type="checkbox"/> Aproximación de Reforzamiento Comunitario para Adolescentes <input type="checkbox"/> Terapia Multisistémica <input type="checkbox"/> Entrevista Motivacional	Adultos: <input type="checkbox"/> Psicoeducación Familiar <input type="checkbox"/> Manejo de la Enfermedad y Recuperación <input type="checkbox"/> Apoyo en el Empleo <input type="checkbox"/> Tratamiento Integrado para Trastornos de Salud Mental y Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Manejo de la Medicación <input type="checkbox"/> Plan de Acción para la Recuperación del Bienestar <input type="checkbox"/> Entrevista Motivacional

Comentarios:
