

Perfil de Admisión
Información General

Núm. Expediente	Seguro Social ____-____-____	IUP ____-____-____	Episodio
Nombre del Centro/ Unidad de Servicio			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Sexo al Nacer [TEDS] <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Intersexual		Veterano [TEDS] <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Grupo Étnico [TEDS] <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Dominicano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Anglosajón <input type="checkbox"/> No Informó			
Fecha de Nacimiento: (mmm/dd/aaaa) ____/____/____ [TEDS]			Edad:
Raza [TEDS] <input type="checkbox"/> Blanco (caucásico) <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio-americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otra raza			
Fecha de Admisión [TEDS] (mmm/dd/aaaa) ____/____/____		Fecha de Convenio (solo programas de desvío, ej. TASC, Drug Court) (mmm/dd/aaaa) ____/____/____	
Militar <input type="checkbox"/> Guardia Nacional <input type="checkbox"/> Reserva <input type="checkbox"/> Retirado(a) <input type="checkbox"/> State Guard <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			Familiar Militar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informó
Identidad de género <input type="checkbox"/> Cisgénero (M) <input type="checkbox"/> Cisgénero (F) <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Transgénero (M-F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F-M) <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Intergénero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No informó		Orientación Sexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay/lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No informó	
Tipo de Admisión (aplica a Hospitalizaciones) [US NOM] <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> No información <input type="checkbox"/> Voluntaria – paciente <input type="checkbox"/> Voluntaria – otro (padres, tutores, etc.) <input type="checkbox"/> Involuntaria – civil <input type="checkbox"/> Involuntaria – criminal <input type="checkbox"/> Involuntaria – justicia juvenil <input type="checkbox"/> Involuntaria – civil, sexual			
Información contacto			
Números de teléfono:	1. Celular (____) ____-____	2. Familiar o contacto autorizado (____) ____-____	
Dirección de correo electrónico	1.	2.	
Seguro de Salud [TEDS] <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Plan privado <input type="checkbox"/> Plan de salud del gobierno (Medicaid)		Fuente de Pago <input type="checkbox"/> Pago directo <input type="checkbox"/> Plan de salud del Gobierno (Medicaid) <input type="checkbox"/> Plan privado <input type="checkbox"/> No se cobra <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otra fuente de pago	
Estado Marital [TEDS] <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 informó			
Si es fémina: <input type="checkbox"/> Embarazada con hijos dependientes <input type="checkbox"/> Fémina con hijos dependientes <input type="checkbox"/> Embarazada sin hijos dependientes <input type="checkbox"/> Fémina sin hijos dependientes		Número de hijos: ____	
Si es varón: <input type="checkbox"/> Sin hijos <input type="checkbox"/> Con hijos		Número de hijos: ____	
Nombre de la persona que llenó el perfil (letra de molde)	Puesto	Firma	Fecha (mmm/dd/aaaa) ____/____/____

Condición laboral (US-SM-NOM) <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"/> No informé	Si no participa de la fuerza laboral (US-SM-NOM) <input type="checkbox"/> Persona responsable del hogar (ej. ama(o) de casa) <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Residente facilidad institucional (hospital, prisión, cuidado residencial a largo plazo, etc.) <input type="checkbox"/> Trabajador marginal (chivos etc.) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No informé																																																																																				
Educación (SM-NOM) <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <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 </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Quinto <input type="checkbox"/> Sexto <input type="checkbox"/> Séptimo <input type="checkbox"/> Octavo <input type="checkbox"/> Noveno </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Décimo <input type="checkbox"/> Undécimo <input type="checkbox"/> Duodécimo <input type="checkbox"/> Diploma de escuela superior <input type="checkbox"/> Créditos universitarios <input type="checkbox"/> Escuela Técnica o Vocacional </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Grado asociado <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Salón contenido/ Educación especial <input type="checkbox"/> No informé </div> </div>																																																																																					
¿Ha recibido o está recibiendo educación especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informé	Desertor escolar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informé																																																																																				
Situación escolar al momento de admisión (SM-NOM) <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) <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																																																																																				
Fuente de ingreso principal [TEDS] <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Salario /Jornal <input type="checkbox"/> Prog. Asistencia Económica <input type="checkbox"/> Ayuda de familiares <input type="checkbox"/> Cónyuge </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Pensión (por retiro) /seguro social <input type="checkbox"/> Pensión alimentaria <input type="checkbox"/> Pensión por incapacidad/SS <input type="checkbox"/> Otras </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Prog. Asistencia Nutricional <input type="checkbox"/> Pensión de veteranos <input type="checkbox"/> Negocio Propio <input type="checkbox"/> Ninguno </div> </div> <input type="checkbox"/> No informé																																																																																					
Residencia (US-SM-NOM) <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"/> Facilidad de tratamiento residencial para menores <input type="checkbox"/> Institucionalizado (Hospital) <input type="checkbox"/> Sin hogar (Deambulante) <input type="checkbox"/> No informé																																																																																				
Tiempo en residencia: <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Menos de 2 días <input type="checkbox"/> 2-30 días </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> 31-90 días <input type="checkbox"/> 91 días-1 año </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> 1- 3 años <input type="checkbox"/> Más de 3 años </div> <div style="width: 25%; text-align: right;"> <input type="checkbox"/> No informé </div> </div>																																																																																					
Municipio de residencia <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">(1) Adjuntas</td> <td style="width: 16.6%;">(15) Canóvanas</td> <td style="width: 16.6%;">(29) Guánica</td> <td style="width: 16.6%;">(43) Las Marías</td> <td style="width: 16.6%;">(57) Peñuelas</td> <td style="width: 16.6%;">(71) Trujillo Alto</td> </tr> <tr> <td>(2) Aguada</td> <td>(16) Carolina</td> <td>(30) Guayama</td> <td>(44) Las Piedras</td> <td>(58) Ponce</td> <td>(72) Utuado</td> </tr> <tr> <td>(3) Aguadilla</td> <td>(17) Cataño</td> <td>(31) Guayanilla</td> <td>(45) Loíza</td> <td>(59) Quebradillas</td> <td>(73) Vega Alta</td> </tr> <tr> <td>(4) Aguas Buenas</td> <td>(18) Cayey</td> <td>(32) Guaynabo</td> <td>(46) Luquillo</td> <td>(60) Rincón</td> <td>(74) Vega Baja</td> </tr> <tr> <td>(5) Aibonito</td> <td>(19) Ceiba</td> <td>(33) Gurabo</td> <td>(47) Manatí</td> <td>(61) Río Grande</td> <td>(75) Vieques</td> </tr> <tr> <td>(6) Añasco</td> <td>(20) Ciales</td> <td>(34) Hatillo</td> <td>(48) Maricao</td> <td>(62) Sabana Grande</td> <td>(76) Villalba</td> </tr> <tr> <td>(7) Arecibo</td> <td>(21) Cidra</td> <td>(35) Hormigueros</td> <td>(49) Maunabo</td> <td>(63) Salinas</td> <td>(77) Yabucoa</td> </tr> <tr> <td>(8) Arroyo</td> <td>(22) Coamo</td> <td>(36) Humacao</td> <td>(50) Mayagüez</td> <td>(64) San Germán</td> <td>(78) Yauco</td> </tr> <tr> <td>(9) Barceloneta</td> <td>(23) Comerío</td> <td>(37) Isabela</td> <td>(51) Moca</td> <td>(65) San Juan</td> <td>(96) No informé</td> </tr> <tr> <td>(10) Barranquitas</td> <td>(24) Corozal</td> <td>(38) Jayuya</td> <td>(52) Morovis</td> <td>(66) San Lorenzo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(11) Bayamón</td> <td>(25) Culebra</td> <td>(39) Juana Díaz</td> <td>(53) Naguabo</td> <td>(67) San Sebastián</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(12) Cabo Rojo</td> <td>(26) Dorado</td> <td>(40) Juncos</td> <td>(54) Naranjito</td> <td>(68) Santa Isabel</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(13) Caguas</td> <td>(27) Fajardo</td> <td>(41) Lajas</td> <td>(55) Orocovis</td> <td>(69) Toa Alta</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(14) Camuy</td> <td>(28) Florida</td> <td>(42) Lares</td> <td>(56) Patillas</td> <td>(70) Toa Baja</td> <td></td> </tr> </table>		(1) Adjuntas	(15) Canóvanas	(29) Guánica	(43) Las Marías	(57) Peñuelas	(71) Trujillo Alto	(2) Aguada	(16) Carolina	(30) Guayama	(44) Las Piedras	(58) Ponce	(72) Utuado	(3) Aguadilla	(17) Cataño	(31) Guayanilla	(45) Loíza	(59) Quebradillas	(73) Vega Alta	(4) Aguas Buenas	(18) Cayey	(32) Guaynabo	(46) Luquillo	(60) Rincón	(74) Vega Baja	(5) Aibonito	(19) Ceiba	(33) Gurabo	(47) Manatí	(61) Río Grande	(75) Vieques	(6) Añasco	(20) Ciales	(34) Hatillo	(48) Maricao	(62) Sabana Grande	(76) Villalba	(7) Arecibo	(21) Cidra	(35) Hormigueros	(49) Maunabo	(63) Salinas	(77) Yabucoa	(8) Arroyo	(22) Coamo	(36) Humacao	(50) Mayagüez	(64) San Germán	(78) Yauco	(9) Barceloneta	(23) Comerío	(37) Isabela	(51) Moca	(65) San Juan	(96) No informé	(10) Barranquitas	(24) Corozal	(38) Jayuya	(52) Morovis	(66) San Lorenzo		(11) Bayamón	(25) Culebra	(39) Juana Díaz	(53) Naguabo	(67) San Sebastián		(12) Cabo Rojo	(26) Dorado	(40) Juncos	(54) Naranjito	(68) Santa Isabel		(13) Caguas	(27) Fajardo	(41) Lajas	(55) Orocovis	(69) Toa Alta		(14) Camuy	(28) Florida	(42) Lares	(56) Patillas	(70) Toa Baja	
(1) Adjuntas	(15) Canóvanas	(29) Guánica	(43) Las Marías	(57) Peñuelas	(71) Trujillo Alto																																																																																
(2) Aguada	(16) Carolina	(30) Guayama	(44) Las Piedras	(58) Ponce	(72) Utuado																																																																																
(3) Aguadilla	(17) Cataño	(31) Guayanilla	(45) Loíza	(59) Quebradillas	(73) Vega Alta																																																																																
(4) Aguas Buenas	(18) Cayey	(32) Guaynabo	(46) Luquillo	(60) Rincón	(74) Vega Baja																																																																																
(5) Aibonito	(19) Ceiba	(33) Gurabo	(47) Manatí	(61) Río Grande	(75) Vieques																																																																																
(6) Añasco	(20) Ciales	(34) Hatillo	(48) Maricao	(62) Sabana Grande	(76) Villalba																																																																																
(7) Arecibo	(21) Cidra	(35) Hormigueros	(49) Maunabo	(63) Salinas	(77) Yabucoa																																																																																
(8) Arroyo	(22) Coamo	(36) Humacao	(50) Mayagüez	(64) San Germán	(78) Yauco																																																																																
(9) Barceloneta	(23) Comerío	(37) Isabela	(51) Moca	(65) San Juan	(96) No informé																																																																																
(10) Barranquitas	(24) Corozal	(38) Jayuya	(52) Morovis	(66) San Lorenzo																																																																																	
(11) Bayamón	(25) Culebra	(39) Juana Díaz	(53) Naguabo	(67) San Sebastián																																																																																	
(12) Cabo Rojo	(26) Dorado	(40) Juncos	(54) Naranjito	(68) Santa Isabel																																																																																	
(13) Caguas	(27) Fajardo	(41) Lajas	(55) Orocovis	(69) Toa Alta																																																																																	
(14) Camuy	(28) Florida	(42) Lares	(56) Patillas	(70) Toa Baja																																																																																	
<div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Zona geográfica <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 2px;"> Código postal (zip code) _____ </div>																																																																																					

Etapas de Servicio:		<input type="checkbox"/> Admisión	<input type="checkbox"/> Readmisión	<input type="checkbox"/> Traslado
Indicar Tipo de Servicio/Lugar de Tratamiento (marque solo una opción, la que aplique a este evento)				
Nivel de Cuidado de Sustancias [TEDS]				
<input type="checkbox"/> Ambulatorio(_ARPA)	<input type="checkbox"/> Desintoxicación sustancias (interno)	<input type="checkbox"/> Hospitalización Parcial		
<input type="checkbox"/> Ambulatorio Intensivo	<input type="checkbox"/> Desvío	<input type="checkbox"/> Panel de Impacto		
<input type="checkbox"/> Ambulatorio con Metadona	<input type="checkbox"/> Estadía Prolongada Alcohol	<input type="checkbox"/> Tratamiento Residencial		
<input type="checkbox"/> Charla socioeducativa	<input type="checkbox"/> Estadía Prolongada Sustancias	<input type="checkbox"/> No aplica (Este episodio es de Salud Mental)		
<input type="checkbox"/> Desintoxicación alcohol (ambulatorio)	<input type="checkbox"/> Evaluación Alcohol	(Solo para uso oficial)		
<input type="checkbox"/> Desintoxicación alcohol (interno)				
<input type="checkbox"/> Desintoxicación sustancias (ambulatorio)				
Días de espera para entrar a tratamiento [TEDS]: _____				
¿Usa medicamento como parte del tratamiento contra la dependencia de opioides? [TEDS]				
<input type="checkbox"/> Metadona	<input type="checkbox"/> Buprenorfina	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No aplica	
¿CO-DEPENDIENTE? (persona que no tiene problemas de sustancias, pero busca servicios debido a problemas que pueden estar surgiendo en su vida a causa de su relación con usuario) [TEDS]				
		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Nivel de Cuidado de Salud Mental [TEDS]				
Niveles Centros de Recuperación: (Servicios ambulatorios)		Niveles de Otros programas de Salud Mental:		
<input type="checkbox"/> Recuperación Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Recuperación Ambulatorio/Condiciones Físicas	<input type="checkbox"/> Ambulatorio (_ACUDEN)		
<input type="checkbox"/> Recuperación Cuidado Prolongado Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Recuperación Forense Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Ambulatorio Intensivo (_COVID)		
<input type="checkbox"/> Recuperación Geriátrica Ambulatoria	<input type="checkbox"/> Recuperación Transicional	<input type="checkbox"/> Centro de Recuperación a Vida Independiente (CRVI)		
<input type="checkbox"/> Recuperación Transicional a Vida Independiente (Servicios no- ambulatorios)	<input type="checkbox"/> Recuperación/Condiciones Físicas Severas	<input type="checkbox"/> Centro Transicional a Vida Independiente		
<input type="checkbox"/> Recuperación Cuidado Prolongado Severo	<input type="checkbox"/> Recuperación Cuidado Terapéutico (síntomatología)	<input type="checkbox"/> Clínicas Ambulatorias		
<input type="checkbox"/> Recuperación Geriátrica Severa		<input type="checkbox"/> Evaluación Interdisciplinaria		
		<input type="checkbox"/> Hospitalización General		
		<input type="checkbox"/> Hospitalización Forense		
		<input type="checkbox"/> Recuperación Ambulatorio Especializado		
		<input type="checkbox"/> Recuperación Integrado Ambulatorio		
		<input type="checkbox"/> Recuperación Tratamiento Integrado		
		<input type="checkbox"/> Servicio de Apoyo a la Comunidad (_ARPA)		
		<input type="checkbox"/> Tratamiento Asistido en la Comunidad (_COVID)		
		<input type="checkbox"/> Tratamiento Residencial		
		<input type="checkbox"/> No aplica (Este episodio es de Sustancias)		
Nombre Hogar (si aplica): _____		(Solo para uso oficial)		
Días de espera para entrar a tratamiento [TEDS]: _____				
Fuente de referido (Anote solo uno) [TEDS]				
<input type="checkbox"/> Auto-referido	<input type="checkbox"/> Comunidad	<input type="checkbox"/> Policía		
<input type="checkbox"/> Proveedor de servicio de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Plan de salud del gobierno	<input type="checkbox"/> Patrono o empresa privada		
<input type="checkbox"/> Proveedor de Salud	<input type="checkbox"/> Centro tx de uso de sustancias	<input type="checkbox"/> Hospital de Veteranos		
<input type="checkbox"/> Departamento de Educación	<input type="checkbox"/> Prog. Privado de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Abogado privado		
<input type="checkbox"/> Sistema de Justicia Criminal	<input type="checkbox"/> Instituciones Juveniles	<input type="checkbox"/> Organizaciones de base de fe		
<input type="checkbox"/> Administración de Tribunales	<input type="checkbox"/> Alcance comunitario	<input type="checkbox"/> Otra organización de base comunitaria		
<input type="checkbox"/> Otros programas de ASSMCA	<input type="checkbox"/> Sala de Emergencia	<input type="checkbox"/> Familiares o amigos		
<input type="checkbox"/> Departamento de Justicia	<input type="checkbox"/> Clínico en práctica privada	<input type="checkbox"/> Centro transicional a vida independiente		
<input type="checkbox"/> Departamento de la Familia	<input type="checkbox"/> Hospital de Psiquiatría General	<input type="checkbox"/> Otro(s)		
<input type="checkbox"/> Departamento de Salud	<input type="checkbox"/> Hospital de Psiquiatría Forense	<input type="checkbox"/> No hay información		
<input type="checkbox"/> Adm. de Rehabilitación Vocacional	<input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico Privado	<input type="checkbox"/> No aplica		
<input type="checkbox"/> OATRH (antes OCALARH)	<input type="checkbox"/> Hospital Privado de salud física			
Estado legal del referido (si es referido por Tribunales o Justicia Criminal) [TEDS]				
<input type="checkbox"/> Encarcelado	<input type="checkbox"/> Drug Court (247.2)	<input type="checkbox"/> Ley 78	<input type="checkbox"/> Regla 241	<input type="checkbox"/> Ley 88
<input type="checkbox"/> Drug Court (247.1)	<input type="checkbox"/> Ley 22	<input type="checkbox"/> Ley 59	<input type="checkbox"/> Probatoria (Ley 259)	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Drug Court (404)	<input type="checkbox"/> Ley 30	<input type="checkbox"/> Ley 408	<input type="checkbox"/> TASC	<input type="checkbox"/> No información
<input type="checkbox"/> Drug Court (404 B)	<input type="checkbox"/> Ley 54	<input type="checkbox"/> Ley 146	<input type="checkbox"/> TASC Juvenil	<input type="checkbox"/> No Aplica (No intervenido por justicia)
<input type="checkbox"/> Drug Court Juvenil	<input type="checkbox"/> Ley 67	<input type="checkbox"/> Regla 240	<input type="checkbox"/> Ley 246	
¿Ha sido arrestado alguna vez en su vida? (US-SM-NOM) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Ha sido arrestado durante los pasados 30 días? (antes de la admisión) (US-SM-NOM) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica				
Número de arrestos en los pasados 30 días (US-SM-NOM): _____				

Problema con la justicia/ Faltas cometidas (Relacionado a este episodio, marque todas las que aplique)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hurto / vandalismo | <input type="checkbox"/> Rapto | <input type="checkbox"/> Conducir bajo efectos de droga o alcohol | <input type="checkbox"/> Apropiación ilegal agravada |
| <input type="checkbox"/> Violación a probatoria | <input type="checkbox"/> Asesinato/ homicidio | <input type="checkbox"/> Alteración a la paz | <input type="checkbox"/> Tráfico de drogas |
| <input type="checkbox"/> Consumo de drogas | <input type="checkbox"/> Prostitución | <input type="checkbox"/> Agresión | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Falsificación de documentos | <input type="checkbox"/> Escalamiento | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica | <input type="checkbox"/> No aplica |
| <input type="checkbox"/> Violación/ delito sexual | <input type="checkbox"/> Desacato | | |

Datos de Salud General (Indique condiciones de salud adicionales a la asociada a este evento)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Persona viviendo con SIDA |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Síndromes metabólicos (ej. hiperlipidemia) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Trastornos asociados a la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis de tipo desconocido | <input type="checkbox"/> Sordera |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (corazón) | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Otro Impedimento Físico |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia (y otros desordenes de secreción interna del páncreas) | <input type="checkbox"/> Otro diagnostico _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Persona viviendo con VIH | <input type="checkbox"/> Ningún diagnostico |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | | |

Información de episodios previos o concurrente de cualquier servicio de tratamiento por uso de sustancias**Numero de episodios/servicios de tratamiento que ha recibido anterior o concurrentemente [TEDS]:**

- | | | |
|----------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 4 | |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 5 o más | <input type="checkbox"/> No información |

Duración del último servicio de tratamiento de uso de sustancias:

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de un mes (30 días) | <input type="checkbox"/> 7 a 11 meses | <input type="checkbox"/> 5 a 6 años |
| <input type="checkbox"/> 1 a 3 meses | <input type="checkbox"/> 1 a 2 años | <input type="checkbox"/> 7 años o más |
| <input type="checkbox"/> 4 a 6 meses | <input type="checkbox"/> 3 a 4 años | <input type="checkbox"/> No información |

Tiempo desde la última alta de servicio para uso de sustancias _____ Días _____ Meses**Nivel de Cuidado del episodio anterior o concurrente de sustancias**

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio | <input type="checkbox"/> Desintoxicación sustancias (interno) | <input type="checkbox"/> Hospitalización Parcial |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio Intensivo | <input type="checkbox"/> Desvío | <input type="checkbox"/> Panel de Impacto |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio con Metadona | <input type="checkbox"/> Estadía Prolongada Alcohol | <input type="checkbox"/> Tratamiento Residencial |
| <input type="checkbox"/> Charla socioeducativa | <input type="checkbox"/> Estadía Prolongada Sustancias | <input type="checkbox"/> No informé |
| <input type="checkbox"/> Desintoxicación alcohol (ambulatorio) | <input type="checkbox"/> Evaluación Alcohol | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Desintoxicación alcohol (interno) | <input type="checkbox"/> Evaluación de drogas | |
| <input type="checkbox"/> Desintoxicación sustancias (ambulatorio) | <input type="checkbox"/> Hospitalización | |

Información de episodios previos o concurrente de cualquier servicio de tratamiento de salud mental**Numero de episodios/servicios de tratamiento que ha recibido anterior o concurrentemente:**

- | | | |
|----------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 4 | |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 5 o más | <input type="checkbox"/> No información |

Duración del último servicio de tratamiento de uso de salud mental:

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de un mes (30 días) | <input type="checkbox"/> 7 a 11 meses | <input type="checkbox"/> 5 a 6 años |
| <input type="checkbox"/> 1 a 3 meses | <input type="checkbox"/> 1 a 2 años | <input type="checkbox"/> 7 años o más |
| <input type="checkbox"/> 4 a 6 meses | <input type="checkbox"/> 3 a 4 años | <input type="checkbox"/> No información |

Tiempo desde la última alta de servicio para uso de salud mental _____ Días _____ Meses**Nivel de Cuidado del episodio anterior o concurrente de salud mental**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio | <input type="checkbox"/> Hospitalización General | <input type="checkbox"/> Recuperación Transicional |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio Intensivo | <input type="checkbox"/> Hospitalización Forense | <input type="checkbox"/> Recuperación Transicional a Vida Independiente |
| <input type="checkbox"/> Centro de Recuperación | <input type="checkbox"/> Hospitalización Parcial | <input type="checkbox"/> Recuperación Tratamiento Integrado |
| <input type="checkbox"/> Centro de Recuperación a Vida Independiente (CRVI) | <input type="checkbox"/> Recuperación Ambulatorio | <input type="checkbox"/> Servicio de Apoyo a la Comunidad |
| <input type="checkbox"/> Centro Transicional a Vida Independiente | <input type="checkbox"/> Recuperación Ambulatorio Especializado | <input type="checkbox"/> Tratamiento Asistido en la Comunidad |
| <input type="checkbox"/> Clínicas Ambulatorias | <input type="checkbox"/> Recuperación Integrado | <input type="checkbox"/> Tratamiento Residencial |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Interdisciplinaria | <input type="checkbox"/> Ambulatorio | <input type="checkbox"/> No informé |
| | <input type="checkbox"/> Recuperación No-ambulatorio | <input type="checkbox"/> Otro |

Información adicional del participante

¿Existe historial de ideas suicidas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/> No informó	¿Existe historial de intentos suicidas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/> No informó
--	---

¿Existe historial de maltrato en la niñez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/> No informó

Indique el tipo de maltrato (marque todas las que aplique) <input type="checkbox"/> Negligencia <input type="checkbox"/> Mental o Emocional <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Abuso Sexual <input type="checkbox"/> Explotación (trata Humana) <input type="checkbox"/> Institucional

¿Ha sido víctima de violencia doméstica? [violencia de género que sucede en personas que son o fueron pareja, y entre las que existió una relación consensual, Ley núm. 54] <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/> No informó
--

¿Cuántas veces ha participado en reuniones de grupos de apoyo o auto-ayuda enfocados en la recuperación de uso de sustancias durante los pasados 30 días? (SU-NOM, incluye alcohólicos anónimos, narcóticos anónimos, etc.) <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 <input type="checkbox"/> No informó

Trastornos Clínicos (Anote solo un dx por columna)			
Anote el código , utilice palabras para describir el diagnóstico y circule el nivel del dx, si aplica.			
Diagnósticos DSM-5/ICD-10	Dx. Primario	Dx. Secundario	Dx. Terciario
Salud Mental [TEDS]	Leve Moderado Severo	Leve Moderado Severo	Leve Moderado Severo

Sustancias [TEDS]	Leve Moderado Severo	Leve Moderado Severo	Leve Moderado Severo

Comentarios: _____

Medida de Funcionamiento Global [TEDS, opcional] <input type="checkbox"/> CGAS <input type="checkbox"/> GAS <input type="checkbox"/> GAF (Anote valor entre 0 y 100%): _____

Otras observaciones: _____

Trastorno concurrente de salud mental y uso de sustancias [TEDS] <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Utilización de tabaco o cigarrillo ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos <u>en toda su vida</u> ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> No informó Si contesto si, ¿con que frecuencia fuma cigarrillos actualmente? <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/> Nunca ¿Si fuma todos o algunos días, cuantos cigarrillos en promedio usted fuma en un día? _____

Nombre del clínico a cargo de la evaluación (escriba claro)	Disciplina	Firma	Fecha (mmm/dd/aaaa) ____/____/____
---	-------------------	--------------	--

Utilización de Sustancias al momento de la admisión (US-SM NOM)

Sustancia de uso primario [US NOM] (Marque solo uno, la de uso principal)	Sustancia de uso secundario [US NOM] (Marque solo uno, la de uso secundario)	Sustancia de uso terciario [US NOM] (Marque solo uno, la de uso terciario)
<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Alucinógenos <input type="checkbox"/> Anestesia de Caballo (<i>Xylazine</i>) <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Barbitúricos <input type="checkbox"/> Benzodiacepinas <input type="checkbox"/> Buprenorfina no receta <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Cocaína + Marihuana (<i>Diablillo</i>) <input type="checkbox"/> Codeína <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Darvon <input type="checkbox"/> Demerol <input type="checkbox"/> Dilaudid <input type="checkbox"/> Éxtasis (<i>Ecstasy</i> , MDMA) <input type="checkbox"/> Fentanilo <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Heroína + Cocaína (<i>Speedball</i>) <input type="checkbox"/> Inhalantes (pega, aerosol, etc.) <input type="checkbox"/> Marihuana/Hachís <input type="checkbox"/> Marihuana + Heroína <input type="checkbox"/> Marihuana sintética (<i>Spice</i>) <input type="checkbox"/> Medicamentos no recetados <input type="checkbox"/> Metadona no receta <input type="checkbox"/> Metanfetamina <input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Otros opiáceos y opioides <input type="checkbox"/> Oxycontin <input type="checkbox"/> PCP (Fenciclidina) <input type="checkbox"/> Percocet <input type="checkbox"/> Sedantes <input type="checkbox"/> Tramadol <input type="checkbox"/> Xanax <input type="checkbox"/> Otras drogas _____ <input type="checkbox"/> No usa actualmente (Ninguna) <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Alucinógenos <input type="checkbox"/> Anestesia de Caballo (<i>Xylazine</i>) <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Barbitúricos <input type="checkbox"/> Benzodiacepinas <input type="checkbox"/> Buprenorfina no receta <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Cocaína + Marihuana (<i>Diablillo</i>) <input type="checkbox"/> Codeína <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Darvon <input type="checkbox"/> Demerol <input type="checkbox"/> Dilaudid <input type="checkbox"/> Éxtasis (<i>Ecstasy</i> , MDMA) <input type="checkbox"/> Fentanilo <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Heroína + Cocaína (<i>Speedball</i>) <input type="checkbox"/> Inhalantes (pega, aerosol, etc.) <input type="checkbox"/> Marihuana/Hachís <input type="checkbox"/> Marihuana + Heroína <input type="checkbox"/> Marihuana sintética (<i>Spice</i>) <input type="checkbox"/> Medicamentos no recetados <input type="checkbox"/> Metadona no receta <input type="checkbox"/> Metanfetamina <input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Otros opiáceos y opioides <input type="checkbox"/> Oxycontin <input type="checkbox"/> PCP (Fenciclidina) <input type="checkbox"/> Percocet <input type="checkbox"/> Sedantes <input type="checkbox"/> Tramadol <input type="checkbox"/> Xanax <input type="checkbox"/> Otras drogas _____ <input type="checkbox"/> No usa actualmente (Ninguna) <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Alucinógenos <input type="checkbox"/> Anestesia de Caballo (<i>Xylazine</i>) <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Barbitúricos <input type="checkbox"/> Benzodiacepinas <input type="checkbox"/> Buprenorfina no receta <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Cocaína + Marihuana (<i>Diablillo</i>) <input type="checkbox"/> Codeína <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Darvon <input type="checkbox"/> Demerol <input type="checkbox"/> Dilaudid <input type="checkbox"/> Éxtasis (<i>Ecstasy</i> , MDMA) <input type="checkbox"/> Fentanilo <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Heroína + Cocaína (<i>Speedball</i>) <input type="checkbox"/> Inhalantes (pega, aerosol, etc.) <input type="checkbox"/> Marihuana/Hachís <input type="checkbox"/> Marihuana + Heroína <input type="checkbox"/> Marihuana sintética (<i>Spice</i>) <input type="checkbox"/> Medicamentos no recetados <input type="checkbox"/> Metadona no receta <input type="checkbox"/> Metanfetamina <input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Otros opiáceos y opioides <input type="checkbox"/> Oxycontin <input type="checkbox"/> PCP (Fenciclidina) <input type="checkbox"/> Percocet <input type="checkbox"/> Sedantes <input type="checkbox"/> Tramadol <input type="checkbox"/> Xanax <input type="checkbox"/> Otras drogas _____ <input type="checkbox"/> No usa actualmente (Ninguna) <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica
Vía de utilización (principal)	Vía de utilización (principal)	Vía de utilización (principal)
<input type="checkbox"/> Inyectada <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Inyectada <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Inyectada <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica
Frecuencia de uso	Frecuencia de uso	Frecuencia de uso
<input type="checkbox"/> No usó 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	<input type="checkbox"/> No usó 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	<input type="checkbox"/> No usó 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*:
Uso Confirmado por toxicología	Uso Confirmado por toxicología	Uso Confirmado por toxicología
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informé	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informé	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informé
Comentarios: _____		

*Para alcohol, anote la edad de la primera intoxicación.