
Manual de recopilación de datos estadísticos

Perfiles de:

Admisión (ASSMCA 127)

Evaluación de Progreso (ASSMCA 127-E)

Alta (ASSMCA 127-A)

Versión 07/2015

Oficina de Planificación
Administración de Servicios de Salud Mental y
Contra la Adicción



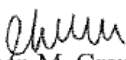
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO

Administración de Servicios de
Salud Mental y Contra la Adicción

Lcda. Carmen M. Graulau Serrano
Administradora

3 de julio de 2015

Administradores Auxiliares
Directores, Administradores, Gerentes,
Gerentes Auxiliares, Supervisores de Oficinas,
Centros y Hospitales


Carmen M. Graulau Serrano
Administradora

RECOPIACIÓN DE DATOS DE LOS PERFILES DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y ALTA

La Oficina de Planificación de ASSMCA tiene la responsabilidad de producir datos que sean recopilados de manera uniforme y adecuada que permitan planificar y evaluar eficientemente la prestación de servicios en las áreas de Salud Mental, Drogas y Alcohol. Estos datos deben producir información válida a nivel nacional comparable con la de otros estados de los Estados Unidos.

Los perfiles socio-demográficos de Admisión, Evaluación de Progreso y Alta están dirigidos al personal encargado de la recopilación y entrada de datos de la clientela que recibe los servicios de tratamiento, desvío y recuperación para el abuso de sustancias y de salud mental. El manual que acompaña esta comunicación ha sido preparado para guiar el proceso de completar los perfiles de Admisión, Evaluación de Progreso y de Alta en su versión revisada a julio de 2015. Es importante que estos datos sean recopilados de una manera uniforme y estandarizada ya que los mismos ayudan a describir las características de las personas admitidas a tratamiento, desvío y recuperación de abuso y dependencia de sustancias y de salud mental. Estos datos nos ayudan no sólo a documentar parte de los esfuerzos, logros y resultados; sino también a planificar nuestras actividades y servicios.

En la Oficina de Planificación contamos con personal experto, dispuesto a contestar y ayudar a aclarar las dudas que puedan surgir en la preparación de los perfiles de nuestra clientela. Para cualquier asunto relacionado puede comunicarse con la Oficina de Planificación a las extensiones 1212.

Anejo



PO BOX 607087 Bayamón, PR 00960-7087
Contacto: (787) 763-7575 / Línea PAS: 1-800-981-0023
Página Web: www.assmca.pr.gov



Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción

Tabla de contenido

Introducción.....	10
Responsabilidades	10
Sistema Electrónico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS)	11
Perfiles sociodemográficos de Admisión, de Evaluación de Progreso y de Alta	12
Perfil de Admisión	13
Página 1.....	13
Número de expediente	13
Seguro social	13
Sexo	13
Género	13
IUP	14
Episodio.....	14
Nombre del Centro / Unidad de Servicio.....	14
Nombre de la persona que llenó el perfil	14
Nombre del clínico a cargo de la evaluación	14
Fecha de admisión a tratamiento	15
Fecha en que se firmó el convenio	15
Nombre de la persona y sus apellidos	15
Fecha de nacimiento	15
Edad	15
Veterano	15
Militar.....	15
Familiar de militar	15
Tipo de admisión.....	16
Raza	16
Grupo étnico	16
Seguro de Salud	17
Fuente de Pago	17
Estado Marital.....	17
Si es fémina	17

Si es varón	18
Página 2.....	18
Condición laboral y/o de estudio	18
Último grado completado	18
Situación escolar al momento de admisión	19
Desertor escolar	20
Educación Especial	20
¿Con quién vive la persona?	20
Tamaño familiar	20
Fuente de ingreso	20
Residencia	21
Tiempo en residencia.....	21
Municipio de Residencia	21
Zona Geográfica	21
Código Postal	21
Página 3.....	22
Información relacionada al Episodio (Este episodio).....	22
Etapas de Servicio.....	22
Nivel de cuidado para el abuso de sustancias	22
¿Usa medicamento como parte del tratamiento contra la dependencia de opiáceos?	22
Días de espera para entrar a tratamiento	23
Indicar nivel de cuidado de salud mental	23
Días de espera para entrar al programa	23
Fuente de referido	23
Estado legal del referido	24
¿Ha sido arrestado durante los pasados 30 días?.....	25
Problemas con la Justicia / Faltas cometidas.....	25
Página 4.....	25
¿Ha sido diagnosticado con?.....	25
Información del episodio anterior de servicios por uso de sustancias	26
Tiempo desde la última alta de servicio por uso de sustancias	26

Duración del último episodio de servicio por uso de sustancias	26
Episodios de tratamiento por uso de sustancias previos a tratamiento	26
Nivel de cuidado del episodio anterior de tratamiento para el uso de sustancias	27
Información del episodio anterior de servicios de Salud Mental	27
Episodios previos de tratamiento de salud mental	27
Duración del último episodio de tratamiento de salud mental.....	28
Tiempo desde la última alta de servicio de salud mental.....	28
Nivel de cuidado del episodio anterior de Salud Mental.....	28
Página 5.....	29
¿Existe historial de ideas suicidas?	29
¿Existe historial de intentos suicidas?	29
¿Existe historial de maltrato en la niñez?	29
Indique el tipo de maltrato	30
¿Ha sido víctima de violencia doméstica?	31
¿Ha participado en reuniones de grupos de apoyo, auto-ayuda, religiosos, o ha buscado ayuda de familiares, amigos u otros durante los pasados 30 días como apoyo a su proceso de recuperación?	31
¿Cuántas veces ha participado en reuniones de grupos de apoyo, auto-ayuda, religiosos, o ha buscado ayuda de familiares, amigos u otros durante los pasados 30 días como apoyo a su proceso de recuperación?	31
Diagnósticos del DSM-5	31
Página 6.....	32
Tipo de droga utilizada (Problema primario, secundario o terciario).....	32
Vía de utilización	33
Frecuencia de uso	33
Edad de inicio	33
Comentarios.....	33
Perfil de Evaluación de Progreso	34
Página 1.....	34
Número de expediente	34
Seguro social	34
IUP	34

Episodio.....	34
Sexo.....	34
Género	35
Nombre del centro o unidad de servicio	35
Nombre de la persona que llenó el perfil	35
Nombre de la persona autorizada a dar el diagnóstico.....	35
Fecha de admisión	35
Fecha de Convenio.....	35
Fecha en que se completa evaluación	35
Fecha del último contacto	35
Estado Marital.....	35
Condición laboral y/o de estudios	36
Último grado completado	36
Situación escolar al momento de admisión	37
Desertor escolar	38
Educación Especial	38
Página 2.....	38
¿Con quién vive la persona?	38
Residencia	38
¿Ha sido arrestado durante los pasados 30 días?.....	39
Problemas con la Justicia / Faltas cometidas.....	39
¿Ha sido diagnosticado con?.....	39
Diagnósticos	40
Diagnóstico concurrente.....	40
Página 3.....	40
Tipo de droga utilizada (Problema primario, secundario o terciario).....	41
Vía de utilización	41
Frecuencia de uso	41
Edad de inicio	42
Centros de Tratamiento con Metadona	42
Paciente ya participa del programa <i>Take Home</i>	42

Etapa	42
Fecha de comienzo en Take Home	42
Fecha de terminación en Take Home	42
Cantidad de botellas	42
Si no es candidato a <i>Take Home</i> , por qué.....	42
Página 4.....	42
¿Cuántas veces ha participado en reuniones de grupos de apoyo, auto-ayuda, religiosos, o ha buscado ayuda de familiares, amigos u otros durante los pasados 30 días como apoyo a su proceso de recuperación?	43
Referidos generados durante el tratamiento	43
Nivel de cuidado de salud mental.....	43
Nivel de cuidado para el abuso de sustancias	44
NIÑOS Y ADOLESCENTES: ¿Ha participado de alguna práctica basada en evidencia (EBP)?	44
ADULTOS: ¿Ha participado de alguna práctica basada en evidencia (EBP)?	44
Comentarios.....	45
Perfil de Alta.....	46
Página 1.....	46
Número de expediente	46
Seguro social	46
Sexo	46
Género	46
IUP	47
Episodio.....	47
Nombre del centro o unidad de servicio	47
Nombre de la persona que llenó el perfil	47
Nombre de la persona autorizada a dar el alta	47
Fecha de admisión	47
Fecha de Convenio	47
Fecha de alta	47
Fecha del último contacto	48
Estado Marital.....	48

Condición laboral y/o de estudios	48
Último grado completado:	48
Situación escolar al momento de admisión	49
Desertor escolar	50
Educación Especial	50
Página 2	50
¿Con quién vive la persona?	50
Residencia	50
¿Ha sido arrestado durante los pasados 30 días?	51
¿Ha sido diagnosticado con?	51
Diagnósticos	52
Página 3	52
Tipo de droga utilizada (Problema primario, secundario o terciario)	53
Vía de utilización	53
Frecuencia de uso	54
Edad de inicio	54
Centros de Tratamiento con Metadona	54
Esta sección es para ser completada en centros de metadona solamente	54
Paciente participa del programa <i>Take Home</i>	54
Etapas	54
Fecha de comienzo en <i>Take Home</i>	54
Fecha de terminación en <i>Take Home</i>	54
Cantidad de botellas	54
Si no es participante de <i>Take Home</i> , por qué	54
Página 4	55
¿Cuántas veces ha participado en reuniones de grupos de apoyo, auto-ayuda, religiosos, o ha buscado ayuda de familiares, amigos u otros durante los pasados 30 días como apoyo a su proceso de recuperación?	55
Referidos generados durante el tratamiento	55
Nivel de cuidado de salud mental	55
Nivel de cuidado para el abuso de sustancias	56

NIÑOS Y ADOLESCENTES: ¿Ha participado de alguna práctica basada en evidencia (EBP)?	56
ADULTOS: ¿Ha participado de alguna práctica basada en evidencia (EBP)?	56
Razón de alta.....	57
Comentarios.....	57
Apéndices.....	58

Manual para la recopilación de datos de Admisión, Progreso y Alta

Introducción

Los perfiles socio-demográficos de Admisión, Evaluación de Progreso y Alta están dirigidos al personal encargado de la recopilación y entrada de datos de la clientela que recibe los servicios de tratamiento para el abuso de sustancias y de salud mental. Estos datos ayudan a describir las características de las personas admitidas a tratamiento de abuso y dependencia de sustancias y de salud mental, así como establecer comparaciones e identificar tendencias. Se espera que esta información permita, además, describir la población que atiende, cómo y cuándo la atiende. Finalmente, esta información provee para que la ciudadanía conozca los servicios ofrecidos por la Agencia, así como facilitar la planificación de actividades que ayuden a cumplir los objetivos y metas trazados racionalmente a base de información recopilada adecuadamente. Como prerrequisito, es necesario establecer en consenso unos estándares o puntos de referencia contra los cuales se puedan hacer comparaciones y medir la calidad del desempeño de la agencia en la prestación de sus servicios y la administración de sus programas.

ASSMCA tiene la responsabilidad de producir datos válidos a nivel nacional que sean comparables con los datos de otros estados de los Estados Unidos. Por lo tanto, la recopilación de datos debe hacerse de una manera uniforme y adecuada que permita planificar y evaluar eficientemente la prestación de servicios en las áreas de Salud Mental y Drogas y Alcohol.

Responsabilidades

- a. Administradores Auxiliares:
 - Velar por el uso y aplicación adecuada de los instrumentos diseñados para la recopilación de datos estadísticos desde el lugar de origen del servicio.
 - Supervisar, apoyar y proveer los recursos necesarios para el desarrollo del proceso de recopilación de datos estadísticos.
- b. División de Estadísticas
 - Asesorar y colaborar en el diseño y desarrollo de todo el proceso de recopilación de datos estadísticos.
 - Analizar, interpretar y presentar los datos estadísticos.
 - Diseñar e implementar estudios demográficos y estadísticos.
- c. Directores de los centros
 - Los directores tienen la responsabilidad de verificar y supervisar el proceso de recopilación de datos en su centro, programa, clínica u hospital. Esto incluye garantizar que los datos sean fidedignos y estén al día.
- d. Estadísticos de los centros
 - Asesorar al personal responsable de recoger los datos, de hacer la entrada de datos al sistema y al personal responsable de elaborar los informes estadísticos que se le soliciten.
 - Recoger toda la información estadística, revisar y completar todos los informes correspondientes a ser tramitados al comienzo de cada mes al Equipo de Estadísticas de la Oficina de Planificación.

- e. Personal autorizado a recopilar datos estadísticos de los centros
 - Este personal es responsable de completar correcta y oportunamente los formularios que se obtienen al momento de admitir un paciente o darle de alta.
- f. Personal de entrada de datos de los centros
 - Es responsable de efectuar la entrada de datos recopilados en los perfiles al sistema automatizado de manera fidedigna y oportuna.

Sistema Electrónico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS)

El SEPS es una aplicación basada en internet que permite la recopilación centralizada de datos desde el lugar de origen. Es decir, cada facilidad de ASSMCA tiene la capacidad de registrar perfiles de la clientela que atiende en la base de datos en el nivel central. La estructura del SEPS fue diseñada para registrar a la persona una sola vez mediante un identificador único de la persona (**IUP**). Dentro del registro de esa persona puede haber más de un episodio de tratamiento. Un **Episodio** 'abre' con un perfil de Admisión y 'cierra' con un perfil de Alta. Las personas que están activas en tratamiento aparecen con episodios abiertos en el sistema, mientras que las personas que fueron dadas de alta aparecen con episodios cerrados. El SEPS asigna un número único a cada Episodio.

El Sistema Electrónico de Perfiles Sociodemográficos provee para:

- *DASIS Drug and Alcohol Services Information System*
 - Propuesta de fondos para fortalecer la estructura de datos de los programas de tratamiento por abuso de sustancias de la Agencia
- Archivos de Datos SA-TEDS y MH-TEDS
 - SA-TEDS: Archivos de admisiones y altas. Estos archivos son un requisito de la propuesta del bloque de sustancias. Se requiere el envío trimestral de datos de la clientela en todos los servicios de tratamiento por uso de sustancias de la Agencia.
 - MH-TEDS: Archivos de admisiones y altas. A partir del 2014-2015 comenzó el envío de datos de la clientela en todos los servicios de Salud Mental de la Agencia.
Independientemente de que estos servicios sean pagados o no con fondos federales. Este mandato es para todos los servicios que ofrece la Agencia y el formato de los archivos se encuentran en el documento conocido como "*Combined Substance Abuse and Mental Health Treatment Episode Data Set (TEDS) State Instruction Manual with the State TEDS Submission System (STSS, version 4.0) Guide*".¹
- Datos para apoyar las propuestas de fondos de Bloque de Salud Mental, Sustancias y otros acuerdos colaborativos con otras agencias
 - Salud mental: sobre \$5 millones
 - Sustancias: cerca de \$22 millones
 - Drug Court: Sobre \$5 millones
- Datos para OGP, Legislatura, prensa, estudiantes y público en general

¹ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Combined Substance Abuse and Mental Health Treatment Episode Data Set (TEDS) State Instruction Manual with the State TEDS Submission System (STSS, version 4.0) Guide. Rockville, MD: SAMHSA, 2014.

Perfiles sociodemográficos de Admisión, de Evaluación de Progreso y de Alta

Se completará un formulario del **Perfil de Admisión** (ASSMCA 127, rev. 07/2015) para cada paciente al momento de ser admitido a tratamiento. El mismo será completado por el profesional que tenga el primer contacto con la persona, (este profesional puede no ser igual en todos los centros). Se debe completar un **Perfil de Evaluación de Progreso** (ASSMCA 127E, rev. 07/2015) para cada cliente admitido a intervalos de 6 meses, mientras esté recibiendo tratamiento ininterrumpidamente luego de la fecha en que fue admitido. Se completará, además, un formulario de **Perfil de Alta** (ASSMCA 127A, rev. 07/2015) para cada cliente dado de alta. Los estadísticos de cada centro o dependencia deben asegurarse de que todos los perfiles estén correctamente completados para poder registrarlos en el **Sistema electrónico de perfiles sociodemográficos**.

En el caso de personas que asisten a clínicas de seguimiento o clínicas de tratamiento ambulatorio sólo se llenará el perfil en el momento en que es admitido a la clínica. Una vez el formulario del perfil demográfico es completado por el profesional deberá dejarlo dentro del expediente médico. Diariamente el personal de Récord Médico recogerá los formularios y los entregará a la persona encargada de las estadísticas de cada dependencia. Luego de la entrada de los datos al sistema computarizado, el equipo de estadísticas podrá hacer un análisis más refinado y eficaz de la población atendida. Los datos recopilados correcta y oportunamente permiten hacer una planificación más abarcadora, en la cual se identifican con mayor precisión las necesidades de servicios de la población atendida.

Los formularios de los perfiles y copia de este manual se encuentran en formato de documento portátil (.pdf) en la página web de la agencia.

Es de suma importancia que al momento de registrar el perfil, ya esté completado y revisado en todas sus partes. De este modo se minimizan las posibilidades de información incompleta o errores. Aun así, el sistema está diseñado para permitir que, en caso de errores, se pueda modificar la información durante los primeros 7 días posteriores a la entrada de datos. Luego de este tiempo, las modificaciones se harán a Nivel Central.

Para dudas sobre el uso de los perfiles, puede comunicarse a las Oficinas Centrales de ASSMCA a los siguientes números:

- Oficina de Planificación
 - 787-763-7575 ext. 1223, 1224, 1212

Perfil de Admisión

(ASSMCA 127E, REV 07-2015)

Se completará un Perfil de Admisión a cada paciente ADMITIDO a tratamiento. Un paciente que está en proceso de evaluación, no está admitido. Por lo tanto, no se debe registrar un perfil de Admisión de ese paciente en el sistema estadístico. La única excepción es para los participantes del programa Evaluación Ley 22.

Para los demás servicios de uso de sustancias, especialmente aquellos que reportan a TEDS, la admisión se define como la aceptación formal de un cliente en un servicio de tratamiento. Una admisión ocurre solamente si el cliente comienza el tratamiento. No se consideran admisiones eventos como evaluaciones iniciales, referidos, estar en lista de espera; por lo tanto estos pacientes no deben tener perfil de admisión registrado en el SEPS. En el caso de participantes de programas de desvío, la 'Admisión' ocurre cuando se firma el convenio. No se debe registrar perfiles de admisión a participantes que aún estén bajo investigación. Para los servicios de salud mental, todos los clientes en servicios de tratamiento deben ser registrados en TEDS.

Toda la información que se recopile en el perfil de Admisión debe pertenecer, únicamente, al servicio que está a punto de comenzar en ese momento. No se debe incluir información relacionada con tratamiento en otra facilidad de ASSMCA; excepto en la parte relacionada a episodios anteriores.

Página 1

Número de expediente

Anotar el número de expediente asignado a la persona al momento de la admisión.

Seguro social

Anotar el número de seguro social otorgado por el gobierno federal. Si la persona está registrada en el SEPS, el mismo sistema le avisará al detectar si el número de seguro social ya está registrado.

Sexo

- Masculino = si el participante es hombre
- Femenino = si la participante es mujer
- Transgénero M-F = si el o la participante habiendo nacido con sexo biológico masculino, conforma las expectativas de roles del sexo femenino, o si se puede identificar como tal. Este es un término amplio para referirse comúnmente a personas en el grupo de transexuales—aquellas personas que están considerando o preparándose para una cirugía de cambio de sexo, o aquellas personas que ya han pasado la cirugía. Para mayor información, visite:

<http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/pdfs/lgbt.pdf>

- Transgénero F-M = si el o la participante habiendo nacido con sexo biológico femenino, conforma las expectativas de roles del sexo masculino, o si se puede identificar como tal. Este es un término amplio para referirse comúnmente a personas en el grupo de transexuales—aquellas personas que están considerando o preparándose para una cirugía de cambio de sexo, o aquellas personas que ya han pasado la cirugía. Para mayor información, visite:

<http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/pdfs/lgbt.pdf>

Género

Seleccionar la orientación sexual del participante. Esto es auto-reportable, por lo tanto, debe ser lo que diga el paciente.

IUP

El SEPS genera este número luego de que la persona esté registrada. Se debe buscar a la persona en el SEPS antes de registrar un perfil de Admisión.

Si está registrada la persona, ya tendrá un IUP asignado. Se debe anotar en el espacio provisto en el perfil de admisión (esto ayudará para futuras referencias y a evitar la duplicidad de las personas en el sistema) y continuar con el registro del perfil de admisión.

Si el paciente no ha sido registrado en el SEPS, se debe registrar a la persona y se le generará un número de IUP que debe ser anotado en el espacio provisto (esto ayudará para futuras referencias) y continuar con el registro del perfil de admisión.

Episodio

El SEPS genera este número al terminar de registrar el perfil de admisión.

El sistema está programado para que una persona admitida a tratamiento no tenga dos episodios abiertos a la vez en el mismo nivel de cuidado. Esto es así, ya que una persona no puede estar recibiendo el mismo tipo de tratamiento en otro lugar simultáneamente.

Ejemplo: Un participante activo (con episodio abierto) de un CTIAM no puede aparecer también activo en otro CTIAM. Debe registrarse el perfil de Alta antes de registrar la nueva Admisión. Es responsabilidad del centro coordinar los traslados adecuadamente.

Además, si un paciente tiene abierto un episodio en algún servicio no ambulatorio, tampoco el sistema permitirá abrir un episodio a ese paciente hasta que se cierre el primer episodio. Por ejemplo: Si un paciente aparece registrado en un centro de tratamiento residencial o en un hospital, no se puede abrir un episodio nuevo en un nivel de cuidado ambulatorio hasta que haya cerrado el episodio en el residencial o en el hospital. Hay que recordar que un episodio cierra con un perfil de alta. Es responsabilidad de cada centro completar los perfiles de alta como parte del proceso de alta de sus participantes.

Nombre del Centro / Unidad de Servicio

Anotar el nombre del centro donde la persona comienza a recibir los servicios. En el caso de los programas que envían los perfiles en papel a la Oficina de Planificación para entrada al sistema, es importante identificar bien todos los perfiles enviados.

Nombre de la persona que llenó el perfil

Favor de escribir el nombre en letra de molde o maquinilla. Asegúrese que está legible.

Puesto - Favor de escribir el puesto que ocupa la persona que llenó el perfil en letra de molde o maquinilla

Firma - En original

Fecha - Anotar la fecha (mes / día / año) en que se llenó el perfil

Nombre del clínico a cargo de la evaluación

Favor de escribir el nombre en letra de molde o maquinilla e incluir el número de licencia

Disciplina - Favor de escribir la posición que ocupa la persona que otorga el diagnóstico en letra de molde o maquinilla

Firma - En original

Fecha - Anotar la fecha (mes/día/año) en que se otorga el diagnóstico.

Fecha de admisión a tratamiento

Se anotará la fecha en que la persona fue admitida a tratamiento

La admisión se define como el primer día en que la persona recibe servicios en una unidad de servicio, centro o programa (OMB No. 0930-0335).

Se define admisión como la aceptación formal de un cliente a un tratamiento de abuso de sustancias o de salud mental.

Para evitar confusiones, todas las fechas anotadas en el SEPS deben seguir el formato *mmm/dd/aa*, donde:

mmm: corresponde a la abreviatura del mes, según se define a continuación

dd: corresponde al día del mes

aaaa: corresponde a los cuatro dígitos del año

Enero = ene

Febrero = feb

Marzo = mar

Abril = abr

Mayo = may

Junio = jun

Julio = jul

Agosto = ago

Septiembre = sep

Octubre = oct

Noviembre = nov

Diciembre = dic

Evitar usar números para representar el mes.

Fecha en que se firmó el convenio

En el caso de los programas de desvío solamente. Se anotará la fecha de firma de convenio.

Nombre de la persona y sus apellidos

Fecha de nacimiento

Se anotará la fecha de nacimiento del participante siguiendo el mismo formato explicado anteriormente (*mmm/dd/aaaa*).

Edad

Anotar la edad cronológica (en años) del paciente al momento de su admisión.

Veterano

- *Sí*: si la persona ha servido en las fuerzas armadas y ha sido clasificado como tal por la autoridad pertinente
- *No*: si la persona no llena la definición anterior

Militar

Si la persona es militar, seleccionar una de las siguientes:

- *Guardia nacional*
- *Reserva*
- *Retirado*
- *State Guard*

Si la persona no es militar, seleccionar:

- *No*

Familiar de militar

Si la persona es familiar de un militar, seleccionar 'Sí'; de lo contrario marcar que 'No'.

Tipo de admisión

Este campo identifica la situación legal del participante al momento de ser admitido a una hospitalización psiquiátrica. Se debe seleccionar una de las siguientes:

- *Voluntaria- paciente*: si el paciente es quien busca ser admitido voluntariamente
- *Voluntaria- otro (padres, tutores, etc.)*: si el paciente es admitido sin que medie presión legal pero por solicitud de los padres o familiares del paciente.
- *Involuntaria- civil*: si el paciente es hospitalizado bajo orden del tribunal, debido a la peligrosidad que puede representar su enfermedad mental.
- *Involuntaria- criminal*: si el paciente es hospitalizado por orden del tribunal, pero en este caso el paciente es un juvenil que será tratado como adulto.
- *Involuntaria- justicia juvenil*: si el paciente es hospitalizado por orden del tribunal, pero en este caso el paciente es un juvenil
- *Involuntaria- civil, sexual*: si el paciente es hospitalizado por orden del tribunal, bajo leyes que lo clasifican como 'depredador sexual'
- *No aplica*: Si el paciente es admitido a cualquier otro servicio

Para más información, leer el manual combinado de TEDS.

Raza

Marcar todas las que apliquen según la persona se identifique.

La categoría de *Múltiples razas* no se incluirá en los formularios siguiendo las instrucciones de la Oficina de Gerencia y Presupuesto Federal (OMB).

- *Nativo de Alaska*
- *Indio Americano*
- *Asiático*
- *Negro ó afroamericano*
- *Blanca*
- *Nativo de Hawai*
- *Nativo de otra isla del Pacífico*
- *Otra raza*

Grupo étnico

- Se debe marcar una alternativa, según el origen de la persona.
- *Puertorriqueño*: si la persona nació en Puerto Rico o habiendo nacido en otro lugar, tiene ascendencia de origen puertorriqueño.
- *Mexicano*: si la persona nació en México o habiendo nacido en otro lugar, tiene ascendencia de origen mexicano.
- *Cubano*: si la persona nació en Cuba o habiendo nacido en otro lugar, tiene ascendencia de origen cubano.
- *Dominicano*: si la persona nació en la República Dominicana o habiendo nacido en otro lugar, tiene ascendencia de origen dominicano.
- *Otro hispano*: Si la persona es hispana y nació o tiene ascendencia de alguno de los siguientes: Guatemala, Honduras, Nicaragua, El Salvador, Panamá, Costa Rica, Venezuela, Colombia, Ecuador, Uruguay, Paraguay, Bolivia, Perú, Argentina, Chile o España.
- *No hispano*: si la persona no es hispana
- *Anglosajón*: si la persona es oriunda de los Estados Unidos
- *No Informó*: si la persona no sabe o no provee la contestación a esta pregunta.

Seguro de Salud

Marcar una alternativa indicando el tipo de seguro médico

- *No tiene*
- *Plan Privado*
- *Plan de salud del gobierno (Medicaid)*
- *Medicare*
- *Combinación*

Fuente de Pago

Marcar sólo una alternativa indicando la procedencia del pago por los servicios a prestarse.

- *Pago directo*: Si la persona pagará por los servicios con su propio dinero
- *Plan privado*: Si la persona está cubierto por alguna aseguradora que haya contratado por su cuenta, la cual pagará por los servicios que está por recibir.
- *Medicare*: Si los servicios que la persona recibirá serán pagados por el programa Medicare
- *Plan de salud del gobierno*: Si los servicios que la persona recibirá serán pagados por alguna aseguradora contratada por el gobierno mediante la el seguro de salud del Gobierno de Puerto Rico
- *No se cobra*: Si la persona recibirá los servicios sin que la Agencia ni sus dependencias le cobren al paciente
- *Otra fuente de pago*: Si las categorías anteriores no describen la fuente de pago por los servicios.

Estado Marital

Marcar la alternativa que mejor describe la situación marital de la persona.

- *Nunca Casado*: La persona nunca ha contraído el vínculo legal de matrimonio, o sea, que no se ha casado nunca. **No marcar esta alternativa** si convive en unión consensual.
- *Casado*: La persona está legalmente casado/a y vive con su cónyuge.
- *Divorciado*: La persona se casó, pero se divorció legalmente.
- *Separado*: La persona está legalmente casado/a y en la actualidad está viviendo separado de su cónyuge.
- *Viudo*: La persona se casó, pero su cónyuge murió.
- *Unión consensual*: La persona sostiene una relación consensual con otra persona sin vínculo legal de matrimonio, o sea, sin casarse.

Si es fémina

Si la persona es fémina se marca la alternativa adecuada.

- *Embarazada sin hijos dependientes*: si al momento de la admisión la persona está embarazada y no tiene hijo(s) dependiente(s) de ella para su sustento.
- *Embarazada con hijos dependientes*: si al momento de la admisión la persona está embarazada y además tiene al menos un hijo que dependa de ella para su sustento.
- *No embarazada sin hijos dependientes*: si al momento de la admisión la persona no está embarazada ni tiene hijos que dependan de ella para su sustento.
- *No embarazada con hijos dependientes*: si al momento de la admisión la persona no está embarazada, pero tiene al menos un hijo que dependa de ella para su sustento.
- *No aplica*: Si es varón

Número de hijos

Anotar el número de hijos dependientes, aunque no todos vivan con ella.

Si es varón

Marcar la alternativa que describa la situación de persona.

- *Sin hijos*: Si el varón no ha tenido hijos al momento de la admisión.
- *Con hijos*: Si el varón ha tenido hijos (aunque no viva con ellos al momento de la admisión).
- *No aplica*: Si es mujer.

Número de hijos

Anotar el número de hijos dependientes (aunque no viva con ellos)

Página 2

Condición laboral y/o de estudio

Se debe marcar solamente la alternativa que describa la situación de la persona al momento de la admisión

- *Empleo, tiempo parcial*: La persona informa que trabaja menos de 35 horas a la semana.
- *Empleo, tiempo completo*: La persona informa que trabaja 35 horas o más a la semana.
- *Desempleado*: La persona informa que no se encuentra empleado/a al momento de la entrevista y que está buscando trabajo. Esto incluye si la persona estuvo buscando trabajo durante los pasados 30 días o si fue cesanteado de un trabajo.
- *Estudia y trabaja*: La persona informa que trabaja y además está matriculado/a en alguna institución educativa.
- *No participa de la fuerza laboral*: En este caso se debe marcar la alternativa que describa mejor la situación laboral de la persona en la próxima pregunta.

Si no participa de la fuerza laboral

Si la persona declaró que no participa de la fuerza laboral, marcar la alternativa que describa la situación de la persona al momento de la admisión.

- *Ama de casa* = Se explica por sí solo.
- *Retirado* = Se explica por sí solo.
- *Incapacitado* = La persona fue declarada incapacitada de realizar alguna labor.
- *Estudiante* = La persona estudia.
- *Encarcelado o institucionalizado* = La persona está en la cárcel o interna en una institución y que de otro modo estaría hábil de entrar a la fuerza laboral.
- *Otros* = Si la razón por la cual no pertenece a la fuerza laboral no corresponde a las mencionadas anteriormente.

Último grado completado

- *Ninguno* = La persona (o su encargado) expresa que no recibió una educación formal ni estuvo matriculado en una institución educativa.
- *Pre-escolar* = La persona completó educación pre-escolar o el Pre-kinder.
- *Kindergarten* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el grado conocido como Kindergarten
- *Primero* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el primer grado de escuela elemental.

- *Segundo* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el segundo grado de escuela elemental
- *Tercero* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el tercer grado de escuela elemental.
- *Cuarto* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el cuarto grado de escuela elemental.
- *Quinto* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el quinto grado de escuela elemental.
- *Sexto* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el sexto grado de escuela elemental.
- *Séptimo* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el séptimo grado.
- *Octavo* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el octavo grado.
- *Noveno* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el noveno grado.
- *Décimo* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el décimo grado.
- *Undécimo* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el undécimo grado.
- *Diploma de escuela superior*= Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el duodécimo grado.
- *Créditos universitarios* = Si la persona indica que estuvo en la universidad, pero no completó ningún grado.
- *Curso vocacional* = Si la persona completó un curso técnico vocacional, incluyendo los cursos ofrecidos en los programas vocacionales en escuelas superiores.
- *Grado asociado* = Si la persona ha completado un grado asociado y recibió el diploma correspondiente.
- *Bachillerato* = La persona completó estudios universitarios y obtuvo un diploma equivalente al grado de bachillerato.
- *Maestría* = La persona completó sus estudios de maestría en alguna materia y recibió el diploma correspondiente a este grado.
- *Doctorado* = La persona completó un doctorado en alguna materia y recibió el diploma correspondiente a este grado.
- *Otro (educación especial)* = Si la persona estaba en salón contenido o algún programa de educación especial.

Situación escolar al momento de admisión

Especificar la situación escolar de los participantes en edad escolar (3 a 17 años), incluyendo los adultos jóvenes (18 a 21 años) del programa de educación especial.

- *Ha asistido a la escuela en algún momento durante los pasados tres meses*: Si ha asistido al menos un día durante los tres meses anteriores a la fecha de admisión.
- *No ha asistido a la escuela durante los pasados tres meses*
- *No aplica*: para pacientes que no tienen edad escolar (que son menores de 3 años y todas las personas de 18 años, excepto aquellas de 18 a 21 años que pertenecen al programa de educación especial). Esta pregunta no aplica para adultos.

Esta pregunta aplica a los participantes de 3 a 17 años y a adultos jóvenes (18 a 21 años) que reciben servicios de educación especial. Es importante destacar que ‘escuela’ se refiere a cualquier combinación de “*home-schooling*”, educación en línea, educación alternativa, escuela vocacional o escuela regular (pública, privada, militar, etc.) en la cual el paciente esté matriculado en alguno de los

siguientes niveles: pre-escolar, elemental, intermedio, superior (incluyendo estudios libres para examen de equivalencia, GED), vocacional, universitario o profesional. Se incluyen cursos por correspondencia que no sean recreativos.

Este campo es requerido para todos los servicios, tanto de salud mental, como de uso de sustancias y de trastornos concurrentes.

Desertor escolar

Hacer una marca de cotejo si la persona es desertor escolar.

Educación Especial

- *Sí*: si la persona ha recibido servicios de educación especial.
- *No*: si la persona no ha recibido servicios de educación especial.

¿Con quién vive la persona?

Marcar todas las que apliquen.

Escoger las alternativas que mejor describan la situación de la persona:

- *Vive solo*: Se explica por sí solo.
- *Ambos Padres*: Si la persona vive con ambos padres.
- *Padre*: Si el padre biológico o adoptivo de la persona vive bajo su mismo techo
- *Madre*: Si la madre biológica o adoptiva de la persona vive bajo su mismo techo
- *Hermanos(as)*: Si la persona vive con al menos un hermano biológico, de crianza o adoptivo.
- *Padrastro o madrastra*: Se explica por sí solo.
- *Hijos(as)*: Si la persona vive bajo el mismo techo solamente con al menos un hijo o hija.
- *Abuelo(a)*: Si el abuelo de la persona vive bajo su mismo techo.
- *Esposo(a) o compañero(a) solamente*: Si la persona está casada y convive con su cónyuge, o convive en una relación consensual bajo el mismo techo.
- *Otro familiar*: Si la persona vive bajo el mismo techo con al menos una persona con alguna relación biológica no mencionada hasta ahora. Ej.: Primo(a), sobrino(a), tío(a), nieto(s), etc.
- *Personas no emparentadas*: Si la persona vive con personas con las que no tiene vínculo de parentesco. Ej. Hospedaje, amigos, etc.
- *No informó*: Si la persona no proveyó la información.

Tamaño familiar

Indique el número de personas que componen la familia y que viven bajo el mismo techo (incluyendo la persona que está siendo admitida a tratamiento).

Fuente de ingreso

Marcar la alternativa que describe la fuente **principal** de ingresos. Si la persona tiene menos de 18 años, se debe indicar la fuente de ingresos de los padres

- *Salario / Jornal*: Si la fuente de ingreso proviene de salarios o jornales.
- *Pensión (por retiro) / Seguro Social*: Si la persona es retirado y su fuente de ingreso es una pensión o si la fuente de ingreso proviene de seguro social federal.
- *Programa Asistencia Nutricional*: Si la fuente de ingreso proviene del Programa de Asistencia Nutricional.
- *Programa de Asistencia Económica*: Si el ingreso proviene del Programa de Asistencia Económica.
- *Pensión Alimentaria*: Si la fuente de ingreso proviene de pensión alimentaria
- *Pensión de Veteranos*: Si la fuente de ingreso proviene de pensión de veterano.

- *Ayuda de Familiares*: Si la fuente de ingreso proviene de la aportación de al menos un familiar.
- *Pensión por incapacidad/seguro social*
- *Negocio propio*: Si la fuente de ingreso de la persona es un negocio propio.
- *Cónyuge*: Si la fuente de ingreso de la persona proviene del cónyuge o pareja consensual.
- *Otras*: Si la fuente de ingresos no se menciona anteriormente.
- *No informó*: Si la persona no ofrece la información.

Residencia

Marcar solamente una.

- *Propia (de los padres si es menor)*: Si la persona es adulto y vive en una casa de su propiedad, o si es menor de edad y la residencia donde vive es propiedad de sus padres.
- *Alquilada (de los padres si es menor)*: Si la persona es adulto y vive en una casa alquilada, o si es menor de edad y la residencia donde vive es alquilada por los padres.
- *Vivienda Pública*
- *Familiares*: Se explica por sí solo.
- *Amigos*: Se explica por sí solo.
- *Institución Residencial*: Se explica por sí solo.
- *Hogar Grupal, Orfanato*: Se explica por sí solo.
- *Institución Correccional*: (Es lo mismo que institución Juvenil)
- *Hogar de crianza*
- *Hogar sustituto*: Se explica por sí solo.
- *Hogar transicional*:
- *Sin Hogar (Deambulante)*

Tiempo en residencia

Seleccionar la alternativa que mejor describa la cantidad de tiempo que lleva en la situación de residencia identificada en la pregunta anterior.

- *Menos de 2 días* – si la persona lleva menos de 2 días en la residencia identificada en la pregunta anterior
- *2-30 días* – si la persona lleva entre 2 y 30 días en la residencia identificada en la pregunta anterior
- *31-90 días* – si la persona lleva entre 31 días y 90 días en la residencia identificada en la pregunta anterior
- *91 días-1 año* – si la persona lleva entre 91 días y un año en la días en la residencia identificada en la pregunta anterior
- *1-3 años* – si la persona lleva entre 1 y 3 años en la residencia identificada en la pregunta anterior
- *más de 3 años* – si la persona lleva más de 3 años en la residencia identificada en la pregunta anterior

Municipio de Residencia

Marcar el municipio donde reside la persona. Sólo se puede marcar una alternativa.

Zona Geográfica

- *Rural*
- *Urbana* = si la zona está clasificada como tal (viven al menos 2,500 personas)

Código Postal

Anotar el código de zona postal (*zip code*) de donde reside la persona.

Página 3

Información relacionada al Episodio (Este episodio)

Etapas de Servicio

Marcar sólo una alternativa

- *Admisión*—La admisión se define como el primer día en que la persona recibe servicios en una unidad de servicio, centro o programa, (OMB No. 0930- 0335)
- *Readmisión*
- *Traslado* —si la persona llega al centro como un traslado de otro centro

¿Co-dependiente?

Una persona es co-dependiente si no tiene problemas de abuso de alcohol o droga, pero busca servicios debido a problemas que pueden estar surgiendo en su vida a causa de su relación con un usuario de cualquiera de estas sustancias (alcohol o drogas). Si esta persona es admitida a tratamiento, puede tener su propio expediente o uno dentro del expediente del paciente principal.

Esta información es importante, porque esta persona se puede convertir eventualmente en un usuario propiamente y entonces requerir tratamiento como paciente.

Marcar la alternativa adecuada.

Nivel de cuidado para el abuso de sustancias

- *Evaluación Alcohol* = Servicio en el cual se evalúa la condición de uso abuso y dependencia de alcohol de la persona para ubicarla en el nivel de cuidado adecuado de tratamiento.
- *Charla socioeducativa* = Orientación que se brinda a los conductores bajo Ley 22
- *Tx. Ambulatorio* = Servicio de tratamiento que no incluye reclusión. Estos servicios incluyen terapia familiar, grupal o individual; puede incluir terapia farmacológica.
- *Tx. Ambulatorio Intensivo* = Servicio de tratamiento que, sin incluir reclusión, como mínimo incluye dos o más horas al día por tres o más días a la semana. De mayor supervisión que el servicio ambulatorio regular.
- *Ambulatorio con metadona* = Servicio de tratamiento en el cual se utiliza metadona para inhibir los efectos de la dependencia a heroína.
- *Desintoxicación drogas (ambulatorio)* = Servicios médicos en una facilidad no hospitalaria para desintoxicar de cualquier tipo de droga a la persona mediante tratamiento en el cual la persona visita el centro diariamente, pero pernocta en su casa.
- *Desintoxicación drogas (interno)* = Servicios médicos durante las 24 horas del día en una facilidad hospitalaria para desintoxicar de cualquier tipo de droga a la persona con complicaciones médicas severas asociadas con la abstinencia o retirada de las drogas.
- *Desintoxicación Alcohol (interno)* = Servicios médicos durante las 24 horas del día en una facilidad hospitalaria para desintoxicar del alcohol a la persona con complicaciones médicas severas asociadas con el alcoholismo.
- *Tratamiento residencial* = Servicios médicos las 24 horas del día en una facilidad residencial, en conjunto con servicios de tratamiento para la adicción a alcohol u otras drogas.
- *Hospitalización*
- *Hospitalización parcial*
- *Desvío*
- *No aplica* (si el episodio es de salud mental)

¿Usa medicamento como parte del tratamiento contra la dependencia de opiáceos?

Marcar la contestación adecuada según el plan de tratamiento.

- *Metadona*
- *Buprenorfina*
- *No*
- *No aplica (Este episodio es de salud mental)*

Si la persona recibe metadona y además acaba de ser admitido a tratamiento de salud mental la respuesta es “no”, ya que el plan de tratamiento de salud mental no incluye la metadona.

Ejemplo: Un participante de un CTIAM que requiera admisión a un Hospital Psiquiátrico, al momento de ser admitido al hospital, la persona que complete el perfil, debe contestar que “no”.

Días de espera para entrar a tratamiento

Anotar el número de días (desde 0) transcurridos desde que la persona fue a solicitar los servicios hasta ser admitido/a.

Indicar nivel de cuidado de salud mental

- *Clínicas ambulatorias*= Servicio de tratamiento para condiciones de salud mental que no incluye reclusión. Los servicios incluyen terapia familiar, grupal o individual; puede incluir terapia farmacológica.
- *Ambulatorio intensivo* = Servicio de tratamiento para condiciones de salud mental que, sin incluir reclusión, como mínimo incluye dos o más horas al día por tres o más días a la semana. Es un cuidado de mayor supervisión que el servicio ambulatorio regular.
- *Hospitalización parcial* = Es un programa de tratamiento ambulatorio, estructurado e intensivo, en el cual las personas asisten de cuatro a cinco días a la semana, con aproximadamente 15-18 horas de intervención por un equipo inter o multidisciplinario, quienes pondrán en práctica el plan de tratamiento individualizado.
- *Hospitalización general* = se refiere a la alternativa de servicio más restrictiva en la que se ofrece tratamiento y rehabilitación mediante el ingreso de la persona al hospital.
- *Hospitalización forense* = Servicios de hospitalización a personas con condiciones siquiátricas que impiden un procesamiento judicial.
- *Centro de recuperación*
- *Centro transicional a vida independiente*
- *Tratamiento residencial*
- *Programa de Hogares*
- *No aplica* (si el episodio es de uso de sustancias)

Días de espera para entrar al programa

Anotar el número de días (desde 0) transcurridos desde que la persona fue a solicitar los servicios hasta ser admitido/a.

Fuente de referido

Esta pregunta nos permite describir las maneras en que las personas llegan a buscar servicios.

- *Auto referido*
- *Proveedor de servicios de salud mental*
- *Proveedor de salud*
- *Departamento de Educación*
- *Sistema de Justicia Criminal*
- *Administración de Tribunales*

- *Otros programas de ASSMCA*
- *Departamento de Justicia**Departamento de la Familia*
- *Departamento de Salud*
- *Administración de Rehabilitación Vocacional*
- *OCALARH*
- *Comunidad*
- *Plan de salud del gobierno de PR*
- *Centro de tratamiento por uso de sustancias*
- *Programa privado de Salud Mental*
- *Instituciones Juveniles*
- *Alcance comunitario*
- *Sala de emergencias*
- *Clínico en práctica privada*
- *Hospital de Psiquiatría*
- *Hospital de Psiquiatría Forense*
- *Hospital psiquiátrico privado*
- *Hospital privado*
- *Policía*
- *Hospital de Veteranos*
- *Abogado privado*
- *Organizaciones de base de fe*
- *Organizaciones de base comunitaria*
- *Familiares o amigos*
- *Centro transicional a vida independiente*
- *Otro(s)*
- *No informó*

Estado legal del referido

Seleccionar la alternativa que mejor describa la forma en que la persona llega a recibir los servicios, si fue con presión legal, indique cuál fue la ley. Si la persona llega a recibir servicios sin presión legal, marcar “No intervenido por la justicia”

- *Drug Court (247.1)*
- *Drug Court (404)*
- *Drug Court (404 B)*
- *Drug Court Juvenil*
- *Ley 22*
- *Ley 30*
- *Ley 54*
- *Ley 67*
- *Ley 78*
- *Ley 59*
- *Ley 408*
- *Ley 1155*
- *Regla 240*
- *Regla 241*
- *Probatoria*
- *TASC*
- *TASC Juvenil*

- Ley 177
- Ley 188
- Otro
- No aplica (No intervenido por la justicia)
- No informó

¿Ha sido arrestado durante los pasados 30 días?

- Sí
- No

¿Ha sido arrestado alguna vez en su vida?

- Sí
- No

Número de arrestos en los pasados 30 días

Anotar (desde 0) el número de arrestos que la persona ha tenido durante los 30 días anteriores a la admisión. Es necesario incluir todo arresto por cualquier causa aunque no se le hayan radicado cargos criminales.

Problemas con la Justicia / Faltas cometidas

Se refiere a la falta o delito que trajo como consecuencia el inicio de este episodio de tratamiento. En caso de haber más de una, favor de marcar la más grave.

- Hurto / vandalismo
- Violación a probatoria
- Consumo de drogas
- Falsificación de documentos
- Violación / delito sexual
- Rapto
- Asesinato / Homicidio
- Prostitución
- Escalamiento
- Desacato
- Conducir bajo efectos de droga u alcohol
- Alteración a la paz
- Agresión
- Violencia Doméstica
- Apropiación ilegal agravada
- Tráfico de drogas
- Otro
- No aplica

Página 4

¿Ha sido diagnosticado con?

Marcar aquellas condiciones que a la persona le han diagnosticado antes de comenzar el tratamiento, si no le ha sido diagnosticada ninguna, marcar “no aplica”.

- Asma

- *Cáncer*
- *Diabetes/hipoglucemia*
- *Enfermedad Cardiovascular*
- *Enfermedad de transmisión sexual*
- *Hepatitis A*
- *Hepatitis B*
- *Hepatitis C*
- *Hepatitis (tipo desconocido)*
- *Hipertensión*
- *Persona viviendo con VIH*
- *Persona viviendo con SIDA*
- *Tuberculosis*
- *Epilepsia*
- *Síndromes metabólicos*
- *Trastornos asociados a la tiroides*
- *Sordera*
- *Ceguera*
- *Otro impedimento físico*
- *Otro diagnóstico*
- *Ningún diagnóstico*

Información del episodio anterior de servicios por uso de sustancias

Tiempo desde la última alta de servicio por uso de sustancias

Si la persona ha recibido servicio de tratamiento por uso de sustancias anteriormente, anotar el tiempo que ha transcurrido desde que la persona fue dado de alta.

Duración del último episodio de servicio por uso de sustancias

Si se sabe que la persona estuvo en tratamiento, escoger la alternativa que describa la duración del último episodio de tratamiento que la persona recibió.

- *Menos de un mes* = Si el último tratamiento recibido tuvo una duración no mayor de treinta días
- *1-3 meses* = Si el último tratamiento recibido duró **más** de treinta días, pero **no más** de tres meses. ($> 30 \text{ días}, \leq 3 \text{ meses}$)
- *4-6 meses* = Si el último tratamiento recibido duró **al menos** cuatro meses, **pero no más** de seis meses. ($> 3 \text{ meses}, \leq 6 \text{ meses}$)
- *7 meses a 11 meses* = Si el último tratamiento recibido duró **al menos** siete meses, **pero no más** de un año. ($\geq 7 \text{ meses}, \leq 11 \text{ meses}$)
- *1 año a 2 años* = Si el último tratamiento recibido duró **al menos** un año, **pero no más** de dos años. ($\geq 1 \text{ año}, \leq 2 \text{ años}$)
- *3 años a 4 años* = Si el último tratamiento recibido duró **al menos** 3 años, **pero no más** de 4. ($\geq 3 \text{ años}, \leq 4 \text{ años}$)
- *5 años a 6 años* = Si el último tratamiento recibido duró **al menos** 5 años, **pero no más** de seis años. ($\geq 5 \text{ años}, \leq 6 \text{ años}$)
- *7 años o más* = Si el último tratamiento recibido duró **al menos** 7 años.
- *Ningún episodio* = Si anteriormente la persona no ha recibido tratamiento de abuso de sustancias.
- *No información*

Episodios de tratamiento por uso de sustancias previos a tratamiento

Si se sabe que la persona estuvo en tratamiento, escoger la alternativa que describa el número de tratamientos que la persona ha recibido anteriormente.

- *Ninguno* = Si nunca ha recibido tratamiento anteriormente
- *1* = un episodio de tratamiento antes del que se realiza
- *2* = Se explica por sí solo
- *3* = Se explica por sí solo
- *4* = Se explica por sí solo
- *5 o más* = Se explica por sí solo
- *No informó* = si la persona ha recibido tratamiento anteriormente, pero se desconoce esta información

Nivel de cuidado del episodio anterior de tratamiento para el uso de sustancias

Si la persona ha recibido servicio de tratamiento por uso de sustancias anteriormente, escoger la alternativa que describa la modalidad de ese episodio de tratamiento de abuso de sustancias.

- *Evaluación Drogas* = Servicio en el cual se evalúa la condición de uso abuso y dependencia a drogas de la persona para ubicarla en la modalidad adecuada de tratamiento.
- *Evaluación Alcohol* = Servicio en el cual se evalúa la condición de uso abuso y dependencia de alcohol de la persona para ubicarla en la modalidad adecuada de tratamiento.
- *Charlas Socioeducativas* = Orientación que se brinda a los conductores bajo Ley 22
- *Ambulatorio* = Servicio de tratamiento que no incluye reclusión. La persona acude diariamente o en periodos de tiempo establecidos a recibir tratamiento.
- *Ambulatorio Intensivo* = Servicio de tratamiento que, sin incluir reclusión, como mínimo incluye dos o más horas al día por tres o más días a la semana. De mayor supervisión que el servicio ambulatorio regular.
- *Ambulatorio con Metadona* = Servicio de tratamiento en el cual se utiliza metadona para inhibir los efectos de la dependencia a opiáceos.
- *Desintoxicación droga (ambulatorio)* = Servicio ambulatorio para desintoxicar de cualquier tipo de droga al persona que presenta complicaciones médicas asociadas con la abstinencia o retirada de las drogas.
- *Desintoxicación droga (interno)* = Servicio interno para desintoxicar de cualquier tipo de droga al persona que presenta complicaciones médicas asociadas con la abstinencia o retirada de las drogas.
- *Desintoxicación alcohol (ambulatorio)*
- *Desintoxicación alcohol (interno)* = servicios médicos para la persona que presenta complicaciones médicas asociadas con el alcoholismo.
- *Tratamiento Residencial* = Servicios médicos las 24 horas del día en una facilidad no hospitalaria, en conjunto con servicios de tratamiento para la adicción a alcohol u otras drogas. Reclusión de la persona por más de 30 días.
- *Hospitalización*
- *Hospitalización parcial*
- *Desvío*
- *Instituciones privadas*
- *No aplica*

Información del episodio anterior de servicios de Salud Mental **Episodios previos de tratamiento de salud mental**

Escoger la alternativa que mejor describa el número de tratamientos de salud mental que la persona ha recibido anteriormente, si se sabe que la persona estuvo en tratamiento

- Ninguno = Si nunca ha recibido tratamiento antes
- 1 = un episodio de tratamiento antes del que se realiza
- 2 = Se explica por sí solo
- 3 = Se explica por sí solo
- 4 = Se explica por sí solo
- 5 o más = Se explica por sí solo
- No informó

Duración del último episodio de tratamiento de salud mental

- *Menos de un mes* = Si el último tratamiento recibido tuvo una duración no mayor de treinta días
- *1-3 meses* = Si el último tratamiento recibido duró **más** de treinta días, pero **no más** de tres meses. ($> 30 \text{ días}, \leq 3 \text{ meses}$)
- *4-6 meses* = Si el último tratamiento recibido duró **al menos** cuatro meses, **pero no más** de seis meses. ($> 3 \text{ meses}, \leq 6 \text{ meses}$)
- *7 meses a 11 meses* = Si el último tratamiento recibido duró **al menos** siete meses, **pero no más** de un año. ($\geq 7 \text{ meses}, \leq 11 \text{ meses}$)
- *1 año a 2 años* = Si el último tratamiento recibido duró **al menos** un año, **pero no más** de dos años. ($\geq 1 \text{ año}, \leq 2 \text{ años}$)
- *3 años a 4 años* = Si el último tratamiento recibido duró **al menos** 3 años, **pero no más** de 4. ($\geq 3 \text{ años}, \leq 4 \text{ años}$)
- *5 años a 6 años* = Si el último tratamiento recibido duró **al menos** 5 años, **pero no más** de seis años. ($\geq 5 \text{ años}, \leq 6 \text{ años}$)
- *6 años o más* = Si el último tratamiento recibido duró **al menos** 7 años.
- *Se desconoce* = Si la persona ha recibido tratamiento anteriormente, pero se desconoce esta información
- *No aplica* = Si anteriormente la persona no ha recibido tratamiento de abuso de sustancias.

Tiempo desde la última alta de servicio de salud mental

Si la persona ha recibido tratamiento de salud mental anteriormente, anotar el tiempo que ha transcurrido desde que fue dada de alta. A continuación se presentan ejemplos de las respuestas aceptadas (1 mes = 30 días)

- Si han transcurrido 15 días; entonces 15 Días 0 meses
- Si han transcurrido 45 días; entonces 15 Días 1 meses
- Si han transcurrido 31 días; entonces 1 Días 1 meses
- Si han transcurrido aproximadamente 10 meses; entonces 0 Días 10 meses

Nivel de cuidado del episodio anterior de Salud Mental

Si la persona ha recibido servicio de tratamiento de salud mental anteriormente, escoger la alternativa que describa la modalidad de ese episodio de tratamiento de salud mental.

- Hospitalización general = Servicios a personas con condiciones psiquiátricas mientras se encuentran recluidas en una facilidad hospitalaria
- Hospitalización forense = Servicios de hospitalización a personas con condiciones psiquiátricas que impiden un procesamiento judicial.
- Hospitalización parcial = Es un programa de tratamiento ambulatorio, estructurado e intensivo, en el cual las personas asisten de cuatro a cinco días a la semana, con aproximadamente 15-18 horas

de intervención por un equipo inter o multidisciplinario, quienes pondrán en práctica el plan de tratamiento individualizado.

- Clínicas ambulatorias= Servicio de tratamiento para condiciones de salud mental que no incluye reclusión. Estos servicios incluyen terapia familiar, grupal o individual; puede incluir terapia farmacológica.
- Ambulatorio intensivo = Servicio de tratamiento para condiciones de salud mental que, sin incluir reclusión, como mínimo incluye dos o más horas al día por tres o más días a la semana. Es un cuidado de mayor supervisión que el servicio ambulatorio regular.
- Centro de rehabilitación psicosocial
- Tratamiento residencial
- Sala de emergencia
- Programa de Hogares
- No aplica

Página 5

¿Existe historial de ideas suicidas?

Marcar la alternativa adecuada

- *Sí*
- *No*
- *No recuerda*
- *No informó*

¿Existe historial de intentos suicidas?

Marcar la alternativa adecuada

- *Sí*
- *No*
- *No recuerda*
- *No informó*

¿Existe historial de maltrato en la niñez?

Marcar la alternativa adecuada

- *Sí*
- *No*
- *No recuerda*

Maltrato significa todo acto u omisión intencional en el que incurre el padre, la madre o persona responsable del/a menor de tal naturaleza que ocasione o ponga a un menor o una menor en riesgo de sufrir daño o perjuicio a su salud e integridad física, mental y/o emocional, incluyendo abuso sexual según es definido en esta ley. También se considerará maltrato el incurrir en conducta obscena; permitir que otra persona ocasione o ponga en riesgo de sufrir daño o perjuicio a la salud e integridad física, mental y/o emocional de un menor; abandono voluntario de un menor; que el padre, madre o persona responsable del menor explote a éste o permita que otro lo haga obligándolo o permitiéndole realizar cualquier acto, incluyendo pero sin limitarse a, utilizar el menor para ejecutar conducta obscena, con el fin de lucrarse o de recibir algún otro beneficio; incurrir en conducta que, de procesarse por la vía criminal, constituiría delito contra la salud e integridad física, mental, emocional, incluyendo abuso sexual del menor. Asimismo se considerará que un menor es víctima de maltrato si el padre, la

madre o persona responsable del menor ha incurrido en la conducta descrita o ha incurrido en conducta constitutiva de violencia doméstica en presencia de los/as menores según definido en la Ley 54 del 15 de agosto de 1989, según enmendada. (Ley 177, 1 de agosto de 2003)

Indique el tipo de maltrato

Solamente si existe historial de maltrato en la niñez se marca la alternativa que describa el tipo de maltrato. En caso contrario, se marca “No aplica”.

- *Negligencia* – significa un tipo de maltrato que consiste en faltar a los deberes o dejar de ejercer las facultades de proveer adecuadamente los alimentos, ropa, albergue, educación, atención de salud a un menor; faltar al deber de supervisión; no visitar al menor o no haber mantenido contacto o comunicación frecuente con el menor. Asimismo, se considerará que un menor es víctima de negligencia si el padre, la madre o persona responsable del menor ha incurrido en la conducta descrita en el Artículo 166 A, incisos (3) y (4) del Código Civil de Puerto Rico. (Ley 177, 1 de agosto de 2003).
- *Emocional*- La Ley 408 del 2 de Octubre de 2000 define abuso emocional como cualquier omisión de acto necesario, exceso de acción o que sea injusto o indebido, en el cual el adulto o menor, entre otras cosas sea humillado, insultado, intimidado, amenazado, perseguido o se le haya ignorado su autonomía para recibir o mientras recibe los servicios clínicos.
La ley 177 del 1 de agosto de 2003 define daño emocional como el menoscabo de la capacidad intelectual o emocional del menor dentro de lo considerado normal para su edad y en su medio cultural. Además se considerará que existe daño emocional cuando hay evidencia de que el/la menor manifiesta en forma recurrente o exhibe conductas tales como: miedo, sentimientos de desamparo o desesperanza, de frustración y fracaso, ansiedad, sentimientos de inseguridad, aislamiento, conducta agresiva o propia de un niño o niña de agresividad hacia él o hacia otros u otra conducta similar.
- *Físico*- La Ley 408 del 2 de Octubre de 2000 define abuso físico como cualquier acto u omisión que resultare en el daño corporal de la persona, u otras formas de daño como el abuso sexual, inclusive aquellas formas que puedan causar la muerte.
La ley 177 del 1 de agosto de 2003 define daño físico como cualquier trauma, lesión o condición no accidental, incluso aquella falta de alimentos, que de no ser atendida, podría resultar en la muerte, desfiguramiento, enfermedad o incapacidad temporera o permanente de cualquier parte o función del cuerpo, incluyendo la falta de alimentos. Asimismo el trauma, lesión o condición pueden ser producto de un solo episodio o varios.
- *Sexual*-Significa incurrir en conducta sexual en presencia de un menor y/o que se utilice a un menor, voluntaria o involuntariamente, para ejecutar conducta sexual dirigida a satisfacer la lascivia o cualquier acto que, de procesarse por la vía criminal constituiría delito de violación, sodomía, actos lascivos o impúdicos, incesto, exposiciones deshonestas, proposiciones obscenas; envío, transportación, venta, distribución, publicación, exhibición, o posesión de material obsceno y espectáculos obscenos según tipificados en la Ley 115 del 22 de julio de 1974, según enmendada, conocida como “Código penal del Estado Libre Asociado de Puerto Rico”. (Ley 177, 1 de agosto de 2003)
- *Explotación*-es una actividad lucrativa e ilícita que obedece a un conjunto de prácticas sociales propias de una cultura de ejercicio abusivo del poder y violencia frente a quienes, por su condición histórica de subordinación, o bien debido a sus circunstancias de vida, suelen ser más débiles y vulnerables. Se trata de un fenómeno en donde el adulto visualiza a la persona menor de edad como un objeto o producto comerciable (susceptible de ser comprado o vendido) para obtener algún beneficio.

- *Institucional*-significa cualquier acto u omisión en el que incurre un operador de un hogar de crianza, o cualquier empleado o funcionario de una institución pública o privada que ofrezca servicios de cuidado durante un día de 24 horas o parte de éste o que tenga bajo su control o custodia a un menor para su cuidado, educación, tratamiento o detención, que cause daño o ponga en riesgo a un menor de sufrir daño a su salud e integridad física, mental y/o emocional, incluyendo el abuso sexual; incurrir en una conducta obscena y/o utilización de un menor para ejecutar conducta obscena, conocido o que se sospeche, o que sucede como resultado de la política, prácticas y condiciones imperantes en la institución de que se trate; que se explote a un menor o se permita que otro lo haga, incluyendo, pero sin limitarse a utilizar al menor para ejecutar conducta obscena, con el fin de lucrarse o de recibir algún otro beneficio. (Ley 177, 1 de agosto de 2003)
- *No aplica*- Si la persona contestó que no ha sido víctima de maltrato en la niñez.

¿Ha sido víctima de violencia doméstica?

Marcar la alternativa adecuada.

- *Sí*
- *No*
- *No recuerda*
- *No informó*

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

Seleccionar una de las siguientes de acuerdo a la información ofrecida por el paciente:

- *Sí*
- *No*
- *No recuerda*

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

Seleccionar una de las siguientes de acuerdo a la información ofrecida por el paciente:

- *No ha asistido en los pasados 30 días*: si la persona indica que en los 30 días antes de su admisión a tratamiento no ha participado de este tipo de reuniones.
- *1-3 veces durante el pasado mes (menos de una vez semanal)*
- *4-7 veces durante el pasado mes (aproximadamente 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

Diagnósticos del DSM-5

Al paciente se le realizará una evaluación que brindará el código de DSM-5 para el diagnóstico, el cual se escribirá en el renglón de su eje correspondiente en la columna Primario, Secundario y Terciario según el orden determinado por la persona autorizada a emitir el diagnóstico. El DSM-5 es una guía en la cual se encuentran codificados los diagnósticos y características de enfermedades mentales.

Se provee espacio para el código del diagnóstico y el nombre de la condición.

El DSM-5 elimina el diagnóstico multi-axial. Sin embargo, el perfil tiene espacio para anotar, tanto los **trastornos de personalidad y retardo mental**, como los **problemas psicosociales y ambientales**, y el **funcionamiento global** si el profesional lo estima pertinente. También provee espacio para anotar alguna otra observación que amerite.

Diagnóstico concurrente

Marcar la alternativa adecuada. Para efectos del sistema estadístico, un diagnóstico concurrente es aquel donde la persona tiene problemas de uso de sustancia(s) y también de salud mental.

Ejemplos:

No es un diagnóstico concurrente:

- Una persona que tiene problema de abuso de droga(s) y alcohol.
- Una persona que tiene un diagnóstico de depresión y esquizofrenia.

Sí es un diagnóstico concurrente:

- Cuando además de abuso de drogas o alcohol, tiene por ejemplo, un diagnóstico de depresión o algún otro trastorno de salud mental.

Página 6

Tipo de droga utilizada (Problema primario, secundario o terciario)

Marcar (solamente 1 por columna) aquella sustancia que constituye el problema primario, secundario o terciario según la jerarquía determinada por la persona autorizada a otorgar el diagnóstico. No necesariamente representa el orden en que la persona comenzó a usar cada sustancia.

- Alcohol
- Anfetaminas
- Barbitúricos
- Benzodicepinas
- Cocaína
- Crack
- Ecstasy
- Heroína
- Otros opiáceos y opioides
- Heroína + Cocaína (Speed ball)
- Marihuana
- Marihuana sintética
- Metadona
- Metanfetamina
- PCP
- Inhalantes
- Alucinógenos
- Sedantes
- Medicamentos no recetados
- Tabaco / cigarrillo
- Anestesia de Caballo
- Diablillo (Heroína +Marihuana)
- Percoset
- Xanax

- *Otro*
- *No usa actualmente*
- *No informó*

A continuación se presenta una descripción tomada de la página del gobierno federal: <http://www.dasis.samhsa.gov/webt/definitions.htm> de algunas de las categorías de drogas utilizadas en el perfil de admisión

Vía de utilización

Marcar solamente 1 por cada droga identificada en la pregunta anterior.

- *Inyectada* - Si la droga se administra por vía intravenosa, subcutánea o intramuscular usando una aguja hipodérmica o algún instrumento afilado
- *Nasal* – si la droga se utiliza por la nariz, no importa si son vapores, aerosoles o en polvo
- *Oral (Bebida)* – si la droga se ingiere por la boca
- *Fumada* – Si la droga es inhalada hacia los pulmones usando una pipa, cigarrillo, envoltura de cigarro u otro artefacto
- *No informó*
- *No Aplica* - Solamente si la persona indicó que no usa droga actualmente

Frecuencia de uso

Marcar solamente una alternativa por cada columna

- *No usó en el pasado mes* = Se explica por sí solo.
- *1-3 veces al mes* = Se explica por sí solo.
- *1-2 veces a la semana* = Se explica por sí solo.
- *3-6 veces a la semana* = Se explica por sí solo.
- *Diariamente* = Se explica por sí solo.
- *No informó* = Se explica por sí solo.
- *No aplica* = Solamente si la persona indicó que no usa droga actualmente

Edad de inicio

Anotar la edad en que la persona comenzó a utilizar la droga que constituye el problema primario. Y así sucesivamente con el problema secundario y el terciario, según sea necesario.

Comentarios

Se provee espacio para anotar algún comentario que se estime pertinente.

Perfil de Evaluación de Progreso

ASSMCA 127E, REV. 07-2014

Se debe completar, a intervalos de 6 meses, un **Perfil de Evaluación de Progreso** (ASSMCA 127E, rev. 07/2015) para cada cliente admitido, mientras esté recibiendo tratamiento ininterrumpidamente luego de la fecha en que fue admitido.

Es indispensable que en el SEPS se haya registrado el perfil de Admisión para que el Episodio se encuentre abierto y el sistema permita el registro del perfil de Evaluación de Progreso.

Es importante completar el perfil en todas sus partes (excepto la sección de *TAKE HOME*, que está dirigida a los CTIAM exclusivamente) con información actualizada de todos los pacientes que le corresponde.

Página 1

Número de expediente

Anotar el número de expediente asignado a la persona al momento de la admisión.

Seguro social

Anotar el número de seguro social otorgado por el gobierno federal.

IUP

El SEPS genera este número luego de que la persona esté registrada. Se debe buscar a la persona en el SEPS antes de registrar un perfil de Admisión.

Al momento de completar el perfil de **Evaluación de Progreso**, ya debe estar registrado en el sistema el perfil de Admisión correspondiente. En este caso, la persona ya tendrá un IUP asignado y anotado en el perfil de Admisión registrado en el SEPS.

Si el paciente no ha sido registrado en el SEPS, se debe registrar el perfil de Admisión para que el sistema le asigne un número de IUP. Este número debe ser anotado en el espacio provisto (esto ayudará para futuras referencias) para continuar con el registro del perfil de admisión y luego el perfil de **Evaluación de Progreso** que corresponde.

Episodio

El SEPS generó este número cuando se registró el perfil de admisión. Una persona tendrá asignado un IUP en el sistema, pero puede tener más de un episodio registrado en el sistema. Es importante registrar el perfil de **Evaluación de Progreso** bajo el número de episodio que corresponde.

Sexo

- Masculino = si el participante es hombre
- Femenino = si la participante es mujer
- Transgénero M-F= si el o la participante habiendo nacido con sexo biológico masculino, conforma las expectativas de roles del sexo femenino, o si se puede identificar como tal. Este es un término amplio para referirse comúnmente a personas en el grupo de transexuales—aquellas personas que están considerando o preparándose para una cirugía de cambio de sexo, o aquellas personas que ya han pasado la cirugía. Para mayor información, visite:

<http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/pdfs/lgbt.pdf>

- Transgénero F-M = si el o la participante habiendo nacido con sexo biológico femenino, conforma las expectativas de roles del sexo masculino, o si se puede identificar como tal. Este es un término amplio para referirse comúnmente a personas en el grupo de transexuales—aquellas personas que están considerando o preparándose para una cirugía de cambio de sexo, o aquellas personas que ya han pasado la cirugía. Para mayor información, visite:

<http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/pdfs/lgbt.pdf>

Género

Seleccionar la orientación sexual del participante. Esto es auto-reportable, por lo tanto, debe ser lo que diga el paciente.

Nombre del centro o unidad de servicio

Anotar el nombre del centro. En el caso de los centros que reciben ayuda de la Oficina de Planificación para el registro de perfiles de su clientela, es indispensable que esté bien identificado el nombre del centro que origina el dato.

Nombre de la persona que llenó el perfil

- Escribir el nombre de la persona que completó el perfil
- Anotar el puesto que ocupa
- Firma
- Fecha (usar el formato descrito en la página 15)

Nombre de la persona autorizada a dar el diagnóstico

- Escribir el nombre de la persona que emitió el diagnóstico anotado en la sección de diagnósticos en la próxima página.
- Anotar la disciplina en que se desempeña
- Firma
- Fecha (usar el formato descrito en la página 15)

Fecha de admisión

Anotar la fecha de admisión registrada en el perfil de **admisión**. El propósito es asegurar que el perfil de **evaluación de progreso** sea registrado en el episodio que corresponde.

Fecha de Convenio

En el caso de los programas de desvío, anotar la fecha de firma de convenio registrada en el perfil de **admisión**. El propósito es asegurar que el perfil de **evaluación de progreso** sea registrado en el episodio que le corresponde.

Fecha en que se completa evaluación

Se escribirá la fecha en que se completa el perfil de **evaluación de progreso**

Fecha del último contacto

Se escribirá la última fecha conocida en la que la persona recibió servicio, según esté documentado en el expediente.

Estado Marital

Marcar la alternativa que mejor describe la situación marital de la persona.

- *Nunca Casado*: La persona nunca ha contraído el vínculo legal de matrimonio, o sea, que no se ha casado nunca. **No marcar esta alternativa** si vive en unión consensual.
- *Casado*: La persona está legalmente casado/a y vive con su cónyuge.
- *Unión consensual*: La persona sostiene una relación consensual con otra persona sin vínculo legal de matrimonio, o sea, sin casarse.
- *Divorciado*: La persona se casó, pero se divorció legalmente.
- *Separado*: La persona está legalmente casado/a y en la actualidad está viviendo separado de su cónyuge.
- *Viudo*: La persona se casó, pero su cónyuge murió.

Condición laboral y/o de estudios

Se debe marcar solamente la alternativa que describa la situación de la persona al momento de la admisión

- *Empleo, tiempo parcial*: La persona informa que trabaja menos de 35 horas a la semana.
- *Empleo, tiempo completo*: La persona informa que trabaja 35 horas o más a la semana.
- *Desempleado*: La persona informa que no se encuentra empleado/a al momento de la entrevista y que está buscando trabajo. Esto incluye si la persona estuvo buscando trabajo durante los pasados 30 días o si fue cesanteado de un trabajo.
- *Estudia y trabaja*: La persona informa que trabaja y además está matriculado/a en alguna institución educativa.
- *No participa de la fuerza laboral*: En este caso se debe marcar la alternativa que describa mejor la situación laboral de la persona en la próxima pregunta.

Si no participa de la fuerza laboral

Si la persona indicó que no participa de la fuerza laboral, marcar la alternativa que describa la situación de la persona al momento de la admisión.

- *Ama de casa* = Se explica por sí solo.
- *Retirado* = Se explica por sí solo.
- *Incapacitado* = La persona fue declarada incapacitada de realizar alguna labor.
- *Estudiante* = La persona estudia.
- *Encarcelado o institucionalizado* = La persona está en la cárcel o interna en una institución y que de otro modo estaría hábil de entrar a la fuerza laboral.
- *Otros* = Si la razón por la cual no pertenece a la fuerza laboral no corresponde a las mencionadas anteriormente.
- *No informó*
- *No aplica* = Si la persona marcó en la pregunta anterior que trabaja o está desempleado

Número de hijos

Anotar el número de hijos dependientes, aunque no todos vivan con ella.

Último grado completado

- *Ninguno* = La persona (o su encargado) expresa que no recibió una educación formal ni estuvo matriculado en una institución educativa.
- *Pre-escolar* = La persona completó educación pre-escolar o el Pre-kinder.
- *Kindergarten* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el grado conocido como Kindergarten
- *Primero* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el primer grado de escuela elemental.

- *Segundo* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el segundo grado de escuela elemental
- *Tercero* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el tercer grado de escuela elemental.
- *Cuarto* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el cuarto grado de escuela elemental.
- *Quinto* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el quinto grado de escuela elemental.
- *Sexto* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el sexto grado de escuela elemental.
- *Séptimo* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el séptimo grado.
- *Octavo* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el octavo grado.
- *Noveno* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el noveno grado.
- *Décimo* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el décimo grado.
- *Undécimo* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el undécimo grado.
- *Diploma de escuela superior*= Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el duodécimo grado.
- *Créditos universitarios* = Si la persona indica que estuvo en la universidad, pero no completó ningún grado.
- *Curso vocacional* = Si la persona completó un curso técnico vocacional, incluyendo los cursos ofrecidos en los programas vocacionales en escuelas superiores.
- *Grado asociado* = Si la persona ha completado un grado asociado y recibió el diploma correspondiente.
- *Bachillerato* = La persona completó estudios universitarios y obtuvo un diploma equivalente al grado de bachillerato.
- *Maestría* = La persona completó sus estudios de maestría en alguna materia y recibió el diploma correspondiente a este grado.
- *Doctorado* = La persona completó un doctorado en alguna materia y recibió el diploma correspondiente a este grado.
- *Otro (educación especial)* = Si la persona estaba en salón contenido o algún programa de educación especial.

Situación escolar al momento de admisión

Especificar la situación escolar de los participantes en edad escolar (3 a 17 años), incluyendo los adultos jóvenes (18 a 21 años) del programa de educación especial.

- *Ha asistido a la escuela en algún momento durante los pasados tres meses*: Si ha asistido al menos un día durante los tres meses anteriores a la fecha de admisión.
- *No ha asistido a la escuela durante los pasados tres meses*
- *No aplica*: para pacientes que no tienen edad escolar (que son menores de 3 años y todas las personas de 18 años, excepto aquellas de 18 a 21 años que pertenecen al programa de educación especial). Esta pregunta no aplica para adultos.

Esta pregunta aplica a los participantes de 3 a 17 años y a adultos jóvenes (18 a 21 años) que reciben servicios de educación especial. Es importante destacar que ‘escuela’ se refiere a cualquier combinación de “*home-schooling*”, educación en línea, educación alternativa, escuela vocacional o escuela regular (pública, privada, militar, etc.) en la cual el paciente esté matriculado en alguno de los

siguientes niveles: pre-escolar, elemental, intermedio, superior (incluyendo estudios libres para examen de equivalencia, GED), vocacional, universitario o profesional. Se incluyen cursos por correspondencia que no sean recreativos.

Este campo es requerido para todos los servicios, tanto de salud mental, como de uso de sustancias y de trastornos concurrentes.

Desertor escolar

- *Sí*
- *No*

Educación Especial

- *Sí*: si la persona ha recibido servicios de educación especial.
- *No*: si la persona no ha recibido servicios de educación especial.

Página 2

¿Con quién vive la persona?

Marcar todas las que apliquen.

Escoger las alternativas que mejor describan la situación de la persona:

- *Vive solo*: Se explica por sí solo.
- *Ambos Padres*: Si la persona vive con ambos padres.
- *Padre*: Si el padre biológico o adoptivo de la persona vive bajo su mismo techo
- *Madre*: Si la madre biológica o adoptiva de la persona vive bajo su mismo techo
- *Hermanos(as)*: Si la persona vive con al menos un hermano biológico, de crianza o adoptivo.
- *Padrastro o madrastra*: Se explica por sí solo.
- *Hijos(as)*: Si la persona vive bajo el mismo techo solamente con al menos un hijo o hija.
- *Abuelo(a)*: Si el abuelo de la persona vive bajo su mismo techo.
- *Esposo(a) o compañero(a) solamente*: Si la persona está casada y convive con su cónyuge, o convive en una relación consensual bajo el mismo techo.
- *Otro familiar*: Si la persona vive bajo el mismo techo con al menos una persona con alguna relación biológica no mencionada hasta ahora. Ej.: Primo(a), sobrino(a), tío(a), nieto(s), etc.
- *Personas no emparentadas*: Si la persona vive con personas con las que no tiene vínculo de parentesco. Ej. Hospedaje, amigos, etc.
- *No informó*: Si la persona no proveyó la información.

Tamaño familiar

Indique el número de personas que componen la familia y que viven bajo el mismo techo (incluyendo la persona que está siendo admitida a tratamiento).

Residencia

Marcar solamente una.

- *Propia (de los padres si es menor)*: Si la persona es adulto y vive en una casa de su propiedad, o si es menor de edad y la residencia donde vive es propiedad de sus padres.
- *Alquilada (de los padres si es menor)*: Si la persona es adulto y vive en una casa alquilada, o si es menor de edad y la residencia donde vive es alquilada por los padres.
- *Vivienda Pública*:
- *Familiares*: Se explica por sí solo.

- *Amigos*: Se explica por sí solo.
- *Institución Residencial*: Se explica por sí solo.
- *Hogar Grupal, Orfanato*: Se explica por sí solo.
- *Institución Correccional*: (Es lo mismo que institución Juvenil)
- *Hogar de crianza*
- *Hogar sustituto*: Se explica por sí solo.
- *Hogar transicional*:
- *Sin Hogar (Deambulante)*
- *No informó*: Se explica por sí solo.

¿Ha sido arrestado durante los pasados 30 días?

- *Sí*
- *No*

Número de arrestos en los pasados 30 días

Anotar (desde 0) el número de arrestos que la persona ha tenido durante los 30 días anteriores a la admisión. Es necesario incluir todo arresto por cualquier causa aunque no se le hayan radicado cargos criminales.

Problemas con la Justicia / Faltas cometidas

Se refiere a la falta o delito que trajo como consecuencia el arresto (si alguno) indicado en la pregunta anterior. En caso de haber más de una, favor de escribir la más grave.

- *Hurto / vandalismo*
- *Violación a probatoria*
- *Consumo de droga*
- *Falsificación de documentos*
- *Violación / delito sexual*
- *Rapto*
- *Asesinato / Homicidio*
- *Prostitución*
- *Escalamiento*
- *Desacato*
- *Conducir bajo efectos de droga u alcohol*
- *Alteración a la paz*
- *Agresión*
- *Violencia Doméstica*
- *Apropiación ilegal agravada*
- *Trasiego de drogas*
- *Otro*
- *No aplica*

¿Ha sido diagnosticado con?

Marcar aquellas condiciones (hasta un máximo de tres) que a la persona le han diagnosticado luego de comenzar el tratamiento, si no le ha sido diagnosticada ninguna, marcar “*Ningún diagnóstico*”.

- *Asma*
- *Cáncer*
- *Diabetes/hipoglucemia*
- *Enfermedad Cardiovascular*

- *Enfermedad de transmisión sexual*
- *Hepatitis A*
- *Hepatitis B*
- *Hepatitis C*
- *Hepatitis (tipo desconocido)*
- *Hipertensión*
- *Persona viviendo con VIH*
- *Persona viviendo con SIDA*
- *Tuberculosis*
- *Epilepsia*
- *Síndromes metabólicos*
- *Trastornos asociados a la tiroides*
- *Sordera*
- *Ceguera*
- *Otro impedimento físico*
- *Otro diagnóstico*
- *Ningún diagnóstico*

Diagnósticos

Luego de 6 meses en tratamiento, al paciente se le realizará una evaluación que brindará el o los diagnósticos. Estos se escribirán (en letra legible) en el renglón correspondiente en la columna Primario, Secundario y Terciario según el orden determinado por la persona autorizada a emitir el diagnóstico. Además, circular en cada diagnóstico si es leve, moderado o severo.

Se provee espacio para el nombre de la condición o trastorno.

Es importante que se realice una evaluación, no debe ser un “copy & paste” del perfil de admisión.

El perfil tiene espacio para anotar, tanto los trastornos de personalidad y del desarrollo, como los problemas psicosociales y ambientales, si el profesional lo estima pertinente.

El DSM-5 elimina el diagnóstico multi-axial. Sin embargo, el perfil tiene espacio para anotar, tanto los **trastornos de personalidad y retardo mental**, como los **problemas psicosociales y ambientales**, y el **funcionamiento global**, si el profesional lo estima pertinente. También provee espacio para anotar alguna otra observación que amerite.

Diagnóstico concurrente

Marcar la alternativa adecuada. Para efectos del sistema estadístico, un diagnóstico concurrente es aquel donde la persona tiene problemas de uso de sustancia(s) y también de salud mental.

Ejemplos:

No es un diagnóstico concurrente:

- Cuando la persona tiene problema de abuso de droga(s) y alcohol.
- Cuando la persona tiene un diagnóstico de depresión y esquizofrenia.

Sí es un diagnóstico concurrente:

- Cuando además de abuso de drogas o alcohol, tiene por ejemplo, un diagnóstico de depresión o esquizofrenia.

Tipo de droga utilizada (Problema primario, secundario o terciario)

Marcar (solamente 1 por columna) aquella sustancia que constituye el problema primario, secundario o terciario según la jerarquía determinada por la persona autorizada a otorgar el diagnóstico. No necesariamente representa el orden en que la persona comenzó a usar cada sustancia.

- *Alcohol*
- *Anfetaminas*
- *Barbitúricos*
- *Benzodiacepinas*
- *Cocaína*
- *Crack*
- *Ecstasy*
- *Heroína*
- *Otros opiáceos y opioides*
- *Heroína + Cocaína (Speed ball)*
- *Marihuana*
- *Marihuana sintética*
- *Metadona*
- *Metanfetamina*
- *PCP*
- *Inhalantes*
- *Alucinógenos*
- *Sedantes*
- *Medicamentos no recetados*
- *Tabaco / cigarrillo*
- *Anestesia de Caballo*
- *Diablillo (Heroína +Marihuana)*
- *Percoset*
- *Xanax*
- *Otro*
- *No usa actualmente*
- *No informó*

A continuación se presenta una descripción tomada de la página del gobierno federal: <http://www.dasis.samhsa.gov/webt/definitions.htm> de algunas de las categorías de drogas utilizadas en el perfil de admisión

Vía de utilización

Marcar solamente 1 por cada droga identificada en la pregunta anterior.

- *Inyectada* - Si la droga se administra por vía intravenosa, subcutánea o intramuscular usando una aguja hipodérmica o algún instrumento afilado
- *Nasal* – si la droga se utiliza por la nariz, no importa si son vapores, aerosoles o es en polvo
- *Oral (Bebida)* – si la droga se ingiere por la boca
- *Fumada* – Si la droga es inhalada hacia los pulmones usando una pipa, cigarrillo, envoltura de cigarro u otro artefacto
- *No informó*
- *No Aplica* - Solamente si la persona indicó que no usa droga actualmente

Frecuencia de uso

Marcar solamente una alternativa por cada columna

- *No usó en el pasado mes* = Se explica por sí solo.
- *1-3 veces al mes* = Se explica por sí solo.
- *1-2 veces a la semana* = Se explica por sí solo.
- *3-6 veces a la semana* = Se explica por sí solo.
- *Diariamente* = Se explica por sí solo.
- *No informó* = Se explica por sí solo.
- *No aplica* = Solamente si la persona indicó que no usa droga actualmente.

Edad de inicio

Anotar la edad en que la persona comenzó a utilizar la droga que constituye el problema primario. Y así sucesivamente con el problema secundario y el terciario, según sea necesario.

Centros de Tratamiento con Metadona

Esta sección es para ser completada en centros de metadona solamente.

Paciente ya participa del programa *Take Home*

- Si
- No

Etapas

Si el paciente es participante del programa *Take Home*, anotar en qué etapa de tratamiento se encuentra.

Fecha de comienzo en *Take Home*

- Anotar la fecha en que comenzó a participar del programa *Take Home*

Fecha de terminación en *Take Home*

- Anotar la fecha en que terminó de participar del programa *Take Home*. En caso de que sea un participante que haya estado participando del programa, pero por alguna razón ya es parte del programa *Take Home*

Cantidad de botellas

Anotar la cantidad de botellas de medicamento que el paciente se lleva a su casa y luego seleccionar si esa cantidad es mensual o semanal.

Si no es candidato a *Take Home*, por qué

En caso de que el paciente no esté cualificado para participar del programa *Take Home*, seleccionar las razones (marcar todas las que apliquen)

- Uso de alcohol o drogas reciente (menos de 90 días)
- Problemas de conducta en la clínica
- Historial reciente de actividad criminal
- No cumple con sus citas/ toma de medicamento
- Ambiente familiar o social inestable
- No cuenta con lugar seguro para almacenar el medicamento
- El riesgo de desvío es mayor que el beneficio de rehabilitación

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

Seleccionar una de las siguientes de acuerdo a la información ofrecida por el paciente:

- *No ha asistido en los pasados 30 días:* si la persona indica que en los 30 días antes de su admisión a tratamiento no ha participado de este tipo de reuniones.
- *1-3 veces durante el pasado mes (menos de una vez semanal)*
- *4-7 veces durante el pasado mes (aproximadamente 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 el tratamiento

- Plan de salud del gobierno
- Administración de tribunales
- ASSMCA
- Comunidad
- Departamento de Educación
- Departamento de Justicia
- Departamento de la Familia
- Departamento de Salud
- Emergencias Sociales
- Familiares o amigos
- Hogar de rehabilitación
- Instituciones Juveniles
- Instituciones privadas
- Procuradora del Paciente
- Oficina de Asuntos de la Juventud
- Otras agencias del gobierno
- TASC Juvenil
- Otros
- No información

Nivel de cuidado de salud mental

- *Clínicas ambulatorias*= Servicio de tratamiento para condiciones de salud mental que no incluye reclusión. Los servicios incluyen terapia familiar, grupal o individual; puede incluir terapia farmacológica.
- *Ambulatorio intensivo* = Servicio de tratamiento para condiciones de salud mental que, sin incluir reclusión, como mínimo incluye dos o más horas al día por tres o más días a la semana. Es un cuidado de mayor supervisión que el servicio ambulatorio regular.
- *Hospitalización parcial* = Es un programa de tratamiento ambulatorio, estructurado e intensivo, en el cual las personas asisten de cuatro a cinco días a la semana, con aproximadamente 15-18 horas de intervención por un equipo inter o multidisciplinario, quienes pondrán en práctica el plan de tratamiento individualizado.

- *Hospitalización general* = se refiere a la alternativa de servicio más restrictiva en la que se ofrece tratamiento y rehabilitación mediante el ingreso de la persona al hospital.
- *Hospitalización forense* = Servicios de hospitalización a personas con condiciones psiquiátricas que impiden un procesamiento judicial.
- *Centro de recuperación*
- *Centro transicional a vida independiente*
- *Tratamiento residencial*
- *Programa de Hogares*
- *No aplica* (si el episodio es de uso de sustancias)

Nivel de cuidado para el abuso de sustancias

- *Charla socioeducativa* = Orientación que se brinda a los conductores bajo Ley 22
- *Tx. Ambulatorio* = Servicio de tratamiento que no incluye reclusión. Estos servicios incluyen terapia familiar, grupal o individual; puede incluir terapia farmacológica.
- *Tx. Ambulatorio Intensivo* = Servicio de tratamiento que, sin incluir reclusión, como mínimo incluye dos o más horas al día por tres o más días a la semana. De mayor supervisión que el servicio ambulatorio regular.
- *Ambulatorio con Metadona* = Servicio de tratamiento en el cual se utiliza metadona para inhibir los efectos de la dependencia a heroína.
- *Desintoxicación drogas (ambulatorio)* = Servicios médicos en una facilidad no hospitalaria para desintoxicar de cualquier tipo de droga al persona mediante tratamiento en el cual la persona visita el centro diariamente, pero pernocta en su casa.
- *Desintoxicación drogas (interno)* = Servicios médicos durante las 24 horas del día en una facilidad hospitalaria para desintoxicar de cualquier tipo de droga al persona con complicaciones médicas severas asociadas con la abstinencia o retirada de las drogas.
- *Desintoxicación Alcohol (interno)* = Servicios médicos durante las 24 horas del día en una facilidad hospitalaria para desintoxicar del alcohol al persona con complicaciones médicas severas asociadas con el alcoholismo.
- *Tratamiento Residencial* = Servicios médicos las 24 horas del día en una facilidad residencial, en conjunto con servicios de tratamiento para la adicción a alcohol u otras drogas.
- *Hospitalización*
- *Hospitalización parcial*
- *Desvío*
- *No aplica* (si el episodio es de salud mental)

NIÑOS Y ADOLESCENTES: ¿Ha participado de alguna práctica basada en evidencia (EBP)?

Seleccionar aquellas prácticas en las que el paciente ha participado durante los pasados 6 meses.

- *Apoyo en la educación (educación respaldada)*
- *Apoyo en el empleo*
- *Aproximación para Reforzamiento Comunitario para Adolescentes*
- *Terapia multi sistémica*
- *Entrevista Motivacional*
- *Otra: ____*

ADULTOS: ¿Ha participado de alguna práctica basada en evidencia (EBP)?

Seleccionar aquellas prácticas en las que el paciente ha participado durante los pasados 6 meses.

- *Psicoeducación familiar*
- *Manejo de la enfermedad y recuperación*

- *Apoyo en el Empleo*
- *Tratamiento integrado para trastornos concurrentes (sustancias y salud mental)*
- *Manejo de medicación*
- *Plan de acción para la recuperación del bienestar*
- *Entrevista Motivacional*
- *Otro: _____*

Comentarios

Se provee espacio para anotar algún comentario que se estime pertinente.

Perfil de Alta

ASSMCA 127A, REV 07-2010

La ley 408 del 2 de Octubre de 2000 define **Alta** como la orden de suspensión, final o temporera, de los servicios ofrecidos por una institución proveedora a cualquier persona, ya sea por razón de ingreso voluntario o involuntario.

Se debe completar un **Perfil de Alta** (ASSMCA 127A, rev. 07/2014) para cada cliente en tratamiento tan pronto se dé la orden de alta del episodio al que fue admitido.

Es indispensable que en el SEPS se haya registrado el perfil de Admisión para que el Episodio se encuentre abierto y el sistema permita el registro del perfil de Alta. El perfil de Alta dará por terminado un episodio de tratamiento que se abrió con el perfil de Admisión. Por lo tanto, no se podrán registrar perfiles de evaluación de progreso posteriormente dentro del mismo episodio.

Es importante completar el perfil en todas sus partes (excepto la sección de *TAKE HOME*, que está dirigida exclusivamente a los centros de Metadona) con información actualizada de todos los pacientes que le corresponde.

Página 1

Número de expediente

Anotar el número de expediente asignado a la persona al momento de la admisión.

Seguro social

Anotar el número de seguro social otorgado por el gobierno federal.

Sexo

- Masculino = si el participante es hombre
- Femenino = si la participante es mujer
- Transgénero M-F= si el o la participante habiendo nacido con sexo biológico masculino, conforma las expectativas de roles del sexo femenino, o si se puede identificar como tal. Este es un término amplio para referirse comúnmente a personas en el grupo de transexuales—aquellas personas que están considerando o preparándose para una cirugía de cambio de sexo, o aquellas personas que ya han pasado la cirugía. Para mayor información, visite:

<http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/pdfs/lgbt.pdf>

- Transgénero F-M = si el o la participante habiendo nacido con sexo biológico femenino, conforma las expectativas de roles del sexo masculino, o si se puede identificar como tal. Este es un término amplio para referirse comúnmente a personas en el grupo de transexuales—aquellas personas que están considerando o preparándose para una cirugía de cambio de sexo, o aquellas personas que ya han pasado la cirugía. Para mayor información, visite:

<http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/pdfs/lgbt.pdf>

Género

Seleccionar la orientación sexual del participante. Esto es auto-reportable, por lo tanto, debe ser lo que diga el paciente.

IUP

El SEPS genera este número luego de que la persona esté registrada. Se debe buscar a la persona en el SEPS antes de registrar un perfil de Alta.

Al momento de completar el perfil de **Alta**, ya debe estar registrado en el sistema el perfil de Admisión correspondiente. En este caso, la persona ya tendrá un IUP asignado y anotado en el perfil de Admisión registrado en el SEPS.

Si el paciente no ha sido registrado en el SEPS, se debe registrar el perfil de Admisión para que el sistema le asigne un número de IUP. Este número debe ser anotado en el espacio provisto (esto ayudará para futuras referencias) para continuar con el registro del perfil de admisión y luego el perfil de **Alta** que corresponde.

Episodio

El SEPS generó este número cuando se registró el perfil de admisión. Una persona tendrá asignado un IUP en el sistema, pero puede tener más de un episodio registrado en el sistema. Es importante registrar el perfil de **Alta** bajo el número de episodio que corresponde, según la fecha de admisión.

Nombre del centro o unidad de servicio

Anotar el nombre del centro. En el caso de los centros que reciben ayuda de la Oficina de Planificación para el registro de perfiles de su clientela, es indispensable que esté bien identificado el nombre del centro que origina el dato.

Nombre de la persona que llenó el perfil

- Escribir el nombre de la persona que completó el perfil
- Anotar el puesto que ocupa
- Firma
- Fecha (usar el formato descrito en la página 15)

Nombre de la persona autorizada a dar el alta

- Escribir el nombre de la persona que emitió el diagnóstico anotado en la sección de diagnósticos en la próxima página.
- Anotar la disciplina en que se desempeña
- Firma
- Fecha (usar el formato descrito en la página 15)

Fecha de admisión

Anotar la fecha de admisión registrada en el perfil de **admisión**. El propósito es asegurar que el perfil de **alta** sea registrado en el episodio que corresponde.

Fecha de Convenio

En el caso de los programas de desvío, anotar la fecha de firma de convenio registrada en el perfil de **admisión**. El propósito es asegurar que el perfil de **alta** sea registrado en el episodio que le corresponde.

Fecha de alta

Se escribirá la fecha en que se trabaja el alta según esté documentado en el expediente.

Fecha del último contacto

Se escribirá la última fecha conocida en la que la persona recibió servicio, según esté documentado en el expediente.

Estado Marital

Marcar la alternativa que mejor describe la situación marital de la persona.

- *Nunca Casado*: La persona nunca ha contraído el vínculo legal de matrimonio, o sea, que no se ha casado nunca. **No marcar esta alternativa** si vive en unión consensual.
- *Casado*: La persona está legalmente casado/a y vive con su cónyuge.
- *Unión consensual*: La persona sostiene una relación consensual con otra persona sin vínculo legal de matrimonio, o sea, sin casarse.
- *Divorciado*: La persona se casó, pero se divorció legalmente.
- *Separado*: La persona está legalmente casado/a y en la actualidad está viviendo separado de su cónyuge.
- *Viudo*: La persona se casó, pero su cónyuge murió.

Condición laboral y/o de estudios

Se debe marcar solamente la alternativa que describa la situación de la persona al momento de la admisión

- *Empleo, tiempo parcial*: La persona informa que trabaja menos de 35 horas a la semana.
- *Empleo, tiempo completo*: La persona informa que trabaja 35 horas o más a la semana.
- *Desempleado*: La persona informa que no se encuentra empleado/a al momento de la entrevista y que está buscando trabajo. Esto incluye si la persona estuvo buscando trabajo durante los pasados 30 días o si fue cesanteado de un trabajo.
- *Estudia y trabaja*: La persona informa que trabaja y además está matriculado/a en alguna institución educativa.
- *No participa de la fuerza laboral*: En este caso se debe marcar la alternativa que describa mejor la situación laboral de la persona en la próxima pregunta.

Si no participa de la fuerza laboral

Si la persona indicó que no participa de la fuerza laboral, marcar la alternativa que describa la situación de la persona al momento de la admisión.

- *Ama de casa* = Se explica por sí solo.
- *Retirado* = Se explica por sí solo.
- *Incapacitado* = La persona fue declarada incapacitada de realizar alguna labor.
- *Estudiante* = La persona estudia.
- *Encarcelado o institucionalizado* = La persona está en la cárcel o interna en una institución y que de otro modo estaría hábil de entrar a la fuerza laboral.
- *Otros* = Si la razón por la cual no pertenece a la fuerza laboral no corresponde a las mencionadas anteriormente.
- *No informó*
- *No aplica* = Si la persona marcó en la pregunta anterior que trabaja o está desempleado

Número de hijos

Anotar el número de hijos dependientes, aunque no todos vivan con él o ella.

Último grado completado:

- *Ninguno* = La persona (o su encargado) expresa que no recibió una educación formal ni estuvo matriculado en una institución educativa.
- *Pre-escolar* = La persona completó educación pre-escolar o el Pre-kinder.
- *Kindergarten* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el grado conocido como Kindergarten
- *Primero* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el primer grado de escuela elemental.
- *Segundo* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el segundo grado de escuela elemental
- *Tercero* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el tercer grado de escuela elemental.
- *Cuarto* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el cuarto grado de escuela elemental.
- *Quinto* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el quinto grado de escuela elemental.
- *Sexto* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el sexto grado de escuela elemental.
- *Séptimo* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el séptimo grado.
- *Octavo* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el octavo grado.
- *Noveno* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el noveno grado.
- *Décimo* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el décimo grado.
- *Undécimo* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el undécimo grado.
- *Diploma de escuela superior* = Si la persona (o su encargado) informa que la persona ha completado el duodécimo grado.
- *Créditos universitarios* = Si la persona indica que estuvo en la universidad, pero no completó ningún grado.
- *Curso vocacional* = Si la persona completó un curso técnico vocacional, incluyendo los cursos ofrecidos en los programas vocacionales en escuelas superiores.
- *Grado asociado* = Si la persona ha completado un grado asociado y recibió el diploma correspondiente.
- *Bachillerato* = La persona completó estudios universitarios y obtuvo un diploma equivalente al grado de bachillerato.
- *Maestría* = La persona completó sus estudios de maestría en alguna materia y recibió el diploma correspondiente a este grado.
- *Doctorado* = La persona completó un doctorado en alguna materia y recibió el diploma correspondiente a este grado.
- *Otro (educación especial)* = Si la persona estaba en salón contenido o algún programa de educación especial.

Situación escolar al momento de admisión

Especificar la situación escolar de los participantes en edad escolar (3 a 17 años), incluyendo los adultos jóvenes (18 a 21 años) del programa de educación especial.

- *Ha asistido a la escuela en algún momento durante los pasados tres meses*: Si ha asistido al menos un día durante los tres meses anteriores a la fecha de admisión.
- *No ha asistido a la escuela durante los pasados tres meses*

- *No aplica*: para pacientes que no tienen edad escolar (que son menores de 3 años y todas las personas de 18 años, excepto aquellas de 18 a 21 años que pertenecen al programa de educación especial). Esta pregunta no aplica para adultos.

Esta pregunta aplica a los participantes de 3 a 17 años y a adultos jóvenes (18 a 21 años) que reciben servicios de educación especial. Es importante destacar que el término ‘escuela’ se refiere a cualquier combinación de “*home-schooling*”, educación en línea, educación alternativa, escuela vocacional o escuela regular (pública, privada, militar, etc.) en la cual el paciente esté matriculado en alguno de los siguientes niveles: pre-escolar, elemental, intermedio, superior (incluyendo estudios libres para examen de equivalencia, GED), vocacional, universitario o profesional. Se incluyen cursos por correspondencia que no sean recreativos.

Este campo es requerido para todos los servicios, tanto de salud mental, como de uso de sustancias y de trastornos concurrentes.

Desertor escolar

- *Sí*
- *No*

Educación Especial

- *Sí*: si la persona ha recibido servicios de educación especial.
- *No*: si la persona no ha recibido servicios de educación especial.

Página 2

¿Con quién vive la persona?

Marcar todas las que apliquen.

Escoger las alternativas que mejor describan la situación de la persona:

- *Vive solo*: Se explica por sí solo.
- *Ambos Padres*: Si la persona vive con ambos padres.
- *Padre*: Si el padre biológico o adoptivo de la persona vive bajo su mismo techo
- *Madre*: Si la madre biológica o adoptiva de la persona vive bajo su mismo techo
- *Hermanos(as)*: Si la persona vive con al menos un hermano biológico, de crianza o adoptivo.
- *Padrastro o madrastra*: Se explica por sí solo.
- *Hijos(as)*: Si la persona vive bajo el mismo techo solamente con al menos un hijo o hija.
- *Abuelo(a)*: Si el abuelo de la persona vive bajo su mismo techo.
- *Esposo(a) o compañero(a) solamente*: Si la persona está casada y convive con su cónyuge, o convive en una relación consensual bajo el mismo techo.
- *Otro familiar*: Si la persona vive bajo el mismo techo con al menos una persona con alguna relación biológica no mencionada hasta ahora. Ej.: Primo(a), sobrino(a), tío(a), nieto(s), etc.
- *Personas no emparentadas*: Si la persona vive con personas con las que no tiene vínculo de parentesco. Ej. Hospedaje, amigos, etc.
- *No informó*: Si la persona no proveyó la información.

Residencia

Marcar solamente una.

- *Propia (de los padres si es menor)*: Si la persona es adulto y vive en una casa de su propiedad, o si es menor de edad y la residencia donde vive es propiedad de sus padres.

- *Alquilada (de los padres si es menor)*: Si la persona es adulto y vive en una casa alquilada, o si es menor de edad y la residencia donde vive es alquilada por los padres.
- *Vivienda Pública*:
- *Familiares*: Se explica por sí solo.
- *Amigos*: Se explica por sí solo.
- *Institución Residencial*: Se explica por sí solo.
- *Hogar Grupal, Orfanato*: Se explica por sí solo.
- *Institución Correccional*: (Es lo mismo que institución Juvenil)
- *Hogar de crianza*
- *Hogar sustituto*: Se explica por sí solo.
- *Hogar transicional*:
- *Sin Hogar (Deambulante)*
- *No informó*: Se explica por sí solo.

¿Ha sido arrestado durante los pasados 30 días?

O durante el tratamiento si éste duró menos de 30 días.

- *Sí*
- *No*

Número de arrestos en los pasados 30 días

Anotar (desde 0) el número de arrestos que la persona ha tenido durante los 30 días anteriores a la ser dado de alta, o durante el tratamiento, si éste duró menos de 30 días. Es necesario incluir todo arresto por cualquier causa aunque no se le hayan radicado cargos criminales.

Tamaño familiar

Indique el número de personas que componen la familia y que viven bajo el mismo techo (incluyendo la persona que está siendo admitida a tratamiento).

¿Ha sido diagnosticado con?

Marcar aquellas condiciones que a la persona le han diagnosticado antes de comenzar el tratamiento, si no le ha sido diagnosticada ninguna, marcar “no aplica”.

- *Asma*
- *Cáncer*
- *Diabetes/hipoglucemia*
- *Enfermedad Cardiovascular*
- *Enfermedad de transmisión sexual*
- *Hepatitis A*
- *Hepatitis B*
- *Hepatitis C*
- *Hepatitis (tipo desconocido)*
- *Hipertensión*
- *Persona viviendo con VIH*
- *Persona viviendo con SIDA*
- *Tuberculosis*
- *Epilepsia*
- *Síndromes metabólicos*
- *Trastornos asociados a la tiroides*

- *Sordera*
- *Ceguera*
- *Otro impedimento físico*
- *Otro diagnóstico*
- *Ningún diagnóstico*

Diagnósticos

Al momento de ser dado de alta, al paciente se le realizará una evaluación que brindará el o los diagnósticos. Estos se escribirán (en letra legible) en el renglón correspondiente en la columna Primario, Secundario y Terciario según el orden determinado por la persona autorizada a emitir el diagnóstico. Además, circular en cada diagnóstico si es leve, moderado o severo.

Se provee espacio para el nombre de la condición o trastorno.

Es importante que se realice una evaluación, no debe ser un “copy & paste” del perfil de admisión.

El perfil tiene espacio para anotar, tanto los trastornos de personalidad y del desarrollo, como los problemas psicosociales y ambientales, si el profesional lo estima pertinente.

El DSM-5 elimina el diagnóstico multi-axial. Sin embargo, el perfil tiene espacio para anotar, tanto los **trastornos de personalidad y retardo mental**, como los **problemas psicosociales y ambientales**, y el **funcionamiento global**, si el profesional lo estima pertinente. También provee espacio para anotar alguna otra observación que amerite.

Al paciente se le realizará una evaluación que brindará el diagnóstico, el cual se escribirá en el renglón de su eje correspondiente en la columna Primario, Secundario y Terciario según el orden determinado por la persona autorizada a emitir el diagnóstico. Circular en cada diagnóstico si el mismo es **leve**, **moderado** o **severo**.

Se provee espacio para el código del diagnóstico y el nombre de la condición.

El DSM-5 elimina el diagnóstico multi-axial. Sin embargo, el perfil tiene espacio para anotar, tanto los **trastornos de personalidad y retardo mental**, como los **problemas psicosociales y ambientales**, y el **funcionamiento global**, si el profesional lo estima pertinente. También provee espacio para anotar alguna otra observación que amerite.

Diagnóstico concurrente

Marcar la alternativa adecuada. Para efectos del sistema estadístico, un diagnóstico concurrente es aquel donde la persona tiene problemas de uso de sustancia(s) y también de salud mental.

Ejemplos:

No es un diagnóstico concurrente:

- Cuando la persona tiene problema de abuso de droga(s) y alcohol.
- Cuando la persona tiene un diagnóstico de depresión y esquizofrenia.

Sí es un diagnóstico concurrente:

- Cuando además de abuso de drogas o alcohol, tiene por ejemplo, un diagnóstico de depresión o algún otro trastorno de salud mental.

Tipo de droga utilizada (Problema primario, secundario o terciario)

Marcar (solamente 1 por columna) aquella sustancia que constituye el problema primario, secundario o terciario según la jerarquía determinada por la persona autorizada a otorgar el diagnóstico. No necesariamente representa el orden en que la persona comenzó a usar cada sustancia.

- *Alcohol*
- *Anfetaminas*
- *Barbitúricos*
- *Benzodiacepinas*
- *Cocaína*
- *Crack*
- *Ecstasy*
- *Heroína*
- *Otros opiáceos y opioides*
- *Heroína + Cocaína (Speed ball)*
- *Marihuana*
- *Marihuana sintética*
- *Metadona*
- *Metanfetamina*
- *PCP*
- *Inhalantes*
- *Alucinógenos*
- *Sedantes*
- *Medicamentos no recetados*
- *Tabaco / cigarrillo*
- *Anestesia de Caballo*
- *Diablillo (Heroína +Marihuana)*
- *Percocet*
- *Xanax*
- *Otro*
- *No usa actualmente*
- *No informó*

A continuación se presenta una descripción tomada de la página del gobierno federal: <http://www.dasis.samhsa.gov/webt/definitions.htm> de algunas de las categorías de drogas utilizadas en el perfil de admisión

Vía de utilización

Marcar solamente 1 por cada droga identificada en la pregunta anterior.

- *Inyectada* - Si la droga se administra por vía intravenosa, subcutánea o intramuscular usando una aguja hipodérmica o algún instrumento afilado
- *Nasal* – si la droga se utiliza por la nariz, no importa si son vapores, aerosoles o es en polvo
- *Oral (Bebida)* – si la droga se ingiere por la boca
- *Fumada* – Si la droga es inhalada hacia los pulmones usando una pipa, cigarrillo, envoltura de cigarro u otro artefacto
- *No informó*
- *No Aplica* - Solamente si la persona indicó que no usa droga actualmente

Frecuencia de uso

Marcar solamente una alternativa por cada columna

- *No usó en el pasado mes* = Se explica por sí solo.
- *1-3 veces al mes* = Se explica por sí solo.
- *1-2 veces a la semana* = Se explica por sí solo.
- *3-6 veces a la semana* = Se explica por sí solo.
- *Diariamente* = Se explica por sí solo.
- *No informó* = Se explica por sí solo.
- *No aplica* = Solamente si la persona indicó que no usa droga actualmente.

Edad de inicio

Anotar la edad en que la persona comenzó a utilizar la droga que constituye el problema primario. Y así sucesivamente con el problema secundario y el terciario, según sea necesario.

Centros de Tratamiento con Metadona

Esta sección es para ser completada en centros de metadona solamente.

Paciente participa del programa *Take Home*

- Si
- No

Etapas

Si el paciente es participante del programa *Take Home*, anotar en qué etapa de tratamiento se encuentra.

Fecha de comienzo en *Take Home*

- Anotar la fecha en que comenzó a participar del programa *Take Home*

Fecha de terminación en *Take Home*

- Anotar la fecha en que terminó de participar del programa *Take Home*. En caso de que sea un participante que haya estado participando del programa, pero por alguna razón ya es parte del programa *Take Home*

Cantidad de botellas

Anotar la cantidad de botellas de medicamento que el paciente se lleva a su casa y luego seleccionar si esa cantidad es mensual o semanal.

Si no es participante de *Take Home*, por qué

En caso de que el paciente no esté cualificado para participar del programa *Take Home*, seleccionar las razones (marcar todas las que apliquen)

- Uso de alcohol o drogas reciente (menos de 90 días)
- Problemas de conducta en la clínica
- Historial reciente de actividad criminal
- No cumple con sus citas/ toma de medicamento
- Ambiente familiar o social inestable
- No cuenta con lugar seguro para almacenar el medicamento
- El riesgo de desvío es mayor que el beneficio de rehabilitación

Página 4

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

Seleccionar una de las siguientes de acuerdo a la información ofrecida por el paciente:

- *No ha asistido en los pasados 30 días:* si la persona indica que en los 30 días antes de su admisión a tratamiento no ha participado de este tipo de reuniones.
- *1-3 veces durante el pasado mes (menos de una vez semanal)*
- *4-7 veces durante el pasado mes (aproximadamente 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 el tratamiento

- *Plan de salud del gobierno*
- *Administración de tribunales*
- *ASSMCA*
- *Comunidad*
- *Departamento de Educación*
- *Departamento de Justicia*
- *Departamento de la Familia*
- *Departamento de Salud*
- *Emergencias Sociales*
- *Familiares o amigos*
- *Hogar de rehabilitación*
- *Instituciones Juveniles*
- *Instituciones privadas*
- *Procuradora del Paciente*
- *Oficina de Asuntos de la Juventud*
- *Otras agencias del gobierno*
- *TASC Juvenil*
- *Otros*
- *No información*

Nivel de cuidado de salud mental

- *Clínicas ambulatorias*= Servicio de tratamiento para condiciones de salud mental que no incluye reclusión. Los servicios incluyen terapia familiar, grupal o individual; puede incluir terapia farmacológica.
- *Ambulatorio intensivo* = Servicio de tratamiento para condiciones de salud mental que, sin incluir reclusión, como mínimo incluye dos o más horas al día por tres o más días a la semana. Es un cuidado de mayor supervisión que el servicio ambulatorio regular.
- *Hospitalización parcial* = Es un programa de tratamiento ambulatorio, estructurado e intensivo, en el cual las personas asisten de cuatro a cinco días a la semana, con aproximadamente 15-18 horas de intervención por un equipo inter o multidisciplinario, quienes pondrán en práctica el plan de tratamiento individualizado.
- *Hospitalización general* = se refiere a la alternativa de servicio más restrictiva en la que se ofrece tratamiento y rehabilitación mediante el ingreso de la persona al hospital.

- *Hospitalización forense* = Servicios de hospitalización a personas con condiciones psiquiátricas que impiden un procesamiento judicial.
- *Centro de recuperación*
- *Centro transicional a vida independiente*
- *Servicios especializados de recuperación en la comunidad*
- *Tratamiento Residencial*
- *Programa de Hogares*
- *No aplica* (si el episodio es de uso de sustancias)

Nivel de cuidado para el abuso de sustancias

- *Charla socioeducativa* = Orientación que se brinda a los conductores bajo Ley 22
- *Tx. Ambulatorio* = Servicio de tratamiento que no incluye reclusión. Estos servicios incluyen terapia familiar, grupal o individual; puede incluir terapia farmacológica.
- *Tx. Ambulatorio Intensivo* = Servicio de tratamiento que, sin incluir reclusión, como mínimo incluye dos o más horas al día por tres o más días a la semana. De mayor supervisión que el servicio ambulatorio regular.
- *Ambulatorio con Metadona* = Servicio de tratamiento en el cual se utiliza metadona para inhibir los efectos de la dependencia a heroína.
- *Desintoxicación drogas (ambulatorio)* = Servicios médicos en una facilidad no hospitalaria para desintoxicar de cualquier tipo de droga al persona mediante tratamiento en el cual la persona visita el centro diariamente, pero pernocta en su casa.
- *Desintoxicación drogas (interno)* = Servicios médicos durante las 24 horas del día en una facilidad hospitalaria para desintoxicar de cualquier tipo de droga al persona con complicaciones médicas severas asociadas con la abstinencia o retirada de las drogas.
- *Desintoxicación Alcohol (interno)* = Servicios médicos durante las 24 horas del día en una facilidad hospitalaria para desintoxicar del alcohol al persona con complicaciones médicas severas asociadas con el alcoholismo.
- *Tratamiento Residencial* = Servicios médicos las 24 horas del día en una facilidad residencial, en conjunto con servicios de tratamiento para la adicción a alcohol u otras drogas.
- *Hospitalización*
- *Hospitalización parcial*
- *Desvío*
- *No aplica* (si el episodio es de salud mental)

NIÑOS Y ADOLESCENTES: ¿Ha participado de alguna práctica basada en evidencia (EBP)?

Seleccionar aquellas prácticas en las que el paciente ha participado durante los pasados 6 meses.

- *Apoyo en la educación (educación respaldada)*
- *Apoyo en el empleo*
- *Aproximación para Reforzamiento Comunitario para Adolescentes*
- *Terapia multi sistémica*
- *Entrevista Motivacional*
- *Otra: ____*

ADULTOS: ¿Ha participado de alguna práctica basada en evidencia (EBP)?

Seleccionar aquellas prácticas en las que el paciente ha participado durante los pasados 6 meses.

- *Psicoeducación familiar*
- *Manejo de la enfermedad y recuperación*
- *Apoyo en el Empleo*

- *Tratamiento integrado para trastornos concurrentes (sustancias y salud mental)*
- *Manejo de medicación*
- *Plan de acción para la recuperación del bienestar*
- *Entrevista Motivacional*
- *Otro: _____*

Razón de alta

- *Completó Tratamiento / servicio (graduado)* = La persona culmina todas las etapas del tratamiento. En el caso de los programas de desvío, la persona completó los requisitos del servicio o fue 'graduado'.
- *Abandonó el servicio* = La persona no completa el tratamiento y decide abandonarlo.
- *Traslado a otro centro* = Cuando la persona es removido a otro centro de tratamiento de ASSMCA.
 - o *Opcional!*: se provee espacio para anotar el nombre del centro al que fue transferido/a
- *Referido a centro privado*: cuando a la persona se le da de alta para comenzar a recibir servicios en un centro fuera de la red de ASSMCA
- *Muerte* = Cuando el participante muere.
- *Encarcelado/admitido a una institución juvenil* = Cuando el participante es ingresado en alguna institución penitenciaria.
- *Revocación de probatoria* = En caso de que el participante comenzara tratamiento como una condición de probatoria, pero la probatoria fue revocada
- *Mudanza fuera de PR*
- *Alta Administrativa* = Se refiere a la interrupción del plan de tratamiento debido a que la persona ha incumplido con las reglas disciplinarias o no cumple con el plan de tratamiento para esa modalidad.
- *Otro*

Comentarios

Se provee espacio para anotar algún comentario que se estime pertinente.

Apéndices

- Perfil de Admisión
- Perfil de Evaluación de progreso
- Perfil de Alta

ASSMCA-127
Rev 07/2015

Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción

Perfil de Admisión

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)	Género <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro
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 del clínico a cargo de la evaluación (escriba claro)	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) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _		
Primer apellido _		Segundo apellido _	
Primer nombre _		Segundo nombre _	
Fecha de nacimiento (mmm/dd/aaaa) _ _ _ - _ - - _ _ _ _ _	Edad	Veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de Admisión (Hospitalización) <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 <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> No información
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"/> No aplica	Familiar de Militar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza (Seleccione una o más) <input type="checkbox"/> Blanca (Caucásica) <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Afro americano /negro <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra raza	Grupo étnico <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Dominicano
		<input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai	<input type="checkbox"/> Otro Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Anglosajón <input type="checkbox"/> No Informó
Seguro de salud <input type="checkbox"/> No tiene <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 privado <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Plan de Salud del Gobierno (Medicaid) <input type="checkbox"/> No se cobra <input type="checkbox"/> Otra fuente de pago	
Estado marital <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	Si es fémina <input type="checkbox"/> Embarazada sin hijos dependientes <input type="checkbox"/> Embarazada con hijos dependientes <input type="checkbox"/> Fémina sin hijos dependientes <input type="checkbox"/> Fémina con hijos dependientes <input type="checkbox"/> No aplica Número de hijos		Si es varón <input type="checkbox"/> Sin hijos <input type="checkbox"/> Con hijos <input type="checkbox"/> No aplica Número de hijos

Condición laboral y/o de estudio <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 aplica <input type="checkbox"/> No informó
--	---

Último grado completado <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"/> Otro (educación especial)	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 <hr/> Desertor escolar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <hr/> Educación especial: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

¿Con quién vive la persona? <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(s) <input type="checkbox"/> Esposo(a) o compañero(a) solamente <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Personas no emparentadas <input type="checkbox"/> No informó	Residencia <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)	Fuente de ingreso <input type="checkbox"/> Salario /Jornal <input type="checkbox"/> Pensión (por retiro) /seguro social <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional <input type="checkbox"/> Programa Asistencia Económica <input type="checkbox"/> Pensión alimentaria <input type="checkbox"/> Pensión de veteranos <input type="checkbox"/> Ayuda de familiares <input type="checkbox"/> Pensión por incapacidad/SS <input type="checkbox"/> Negocio propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> No informó
Tamaño familiar	Tiempo en residencia <input type="checkbox"/> Menos de 2 días <input type="checkbox"/> 2-30 días <input type="checkbox"/> 31-90 días <input type="checkbox"/> 91 días - 1 año <input type="checkbox"/> 1- 3 años <input type="checkbox"/> Más de 3 años	

Municipio de residencia <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> (1) Adjuntas (2) Aguada (3) Aguadilla (4) Aguas Buenas (5) Aibonito (6) Añasco (7) Arecibo (8) Arroyo (9) Barceloneta (10) Barranquitas (11) Bayamón (12) Cabo Rojo (13) Caguas (14) Camuy (15) Canóvanas </div> <div style="width: 33%;"> (16) Carolina (17) Cataño (18) Cayey (19) Ceiba (20) Ciales (21) Cidra (22) Coamo (23) Comerío (24) Corozal (25) Culebra (26) Dorado (27) Fajardo (28) Florida (29) Guánica (30) Guayama </div> <div style="width: 33%;"> (31) Guayanilla (32) Guaynabo (33) Gurabo (34) Hatillo (35) Hormigueros (36) Humacao (37) Isabela (38) Jayuya (39) Juana Díaz (40) Juncos (41) Lajas (42) Lares (43) Las Marías (44) Las Piedras (45) Loíza </div> <div style="width: 33%;"> (46) Luquillo (47) Manatí (48) Maricao (49) Maunabo (50) Mayagüez (51) Moca (52) Morovis (53) Naguabo (54) Naranjito (55) Orocovis (56) Patillas (57) Peñuelas (58) Ponce (59) Quebradillas (60) Rincón </div> <div style="width: 33%;"> (61) Río Grande (62) Sabana Grande (63) Salinas (64) San Germán (65) San Juan (66) San Lorenzo (67) San Sebastián (68) Santa Isabel (69) Toa Alta (70) Toa Baja (71) Trujillo Alto (72) Utuado (73) Vega Alta (74) Vega Baja (75) Vieques </div> <div style="width: 33%;"> (76) Villalba (77) Yabucoa (78) Yauco (96) No informó </div> </div>					
Zona geográfica <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana					
Código postal (zip code) _____					

Condición laboral y/o de estudio <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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante </div> <div> <input type="checkbox"/> Encarcelado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> No informó </div> </div>
--	--

Último grado completado <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <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 </div> <div> <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"/> Otro (educación especial) </div> </div>	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 <hr/> Desertor escolar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <hr/> Educación especial: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Con quién vive la persona? <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(s) <input type="checkbox"/> Esposo(a) o compañero(a) solamente <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Personas no emparentadas <input type="checkbox"/> No informó	Residencia <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)	Fuente de ingreso <input type="checkbox"/> Salario /Jornal <input type="checkbox"/> Pensión (por retiro) /seguro social <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional <input type="checkbox"/> Programa Asistencia Económica <input type="checkbox"/> Pensión alimentaria <input type="checkbox"/> Pensión de veteranos <input type="checkbox"/> Ayuda de familiares <input type="checkbox"/> Pensión por incapacidad/SS <input type="checkbox"/> Negocio propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> No informó <hr/> Tiempo en residencia <input type="checkbox"/> Menos de 2 días <input type="checkbox"/> 2-30 días <input type="checkbox"/> 31-90 días
---	--	---

Municipio de residencia					
(1) Adjuntas (2) Aguada (3) Aguadilla (4) Aguas Buenas (5) Aibonito (6) Añasco (7) Arecibo (8) Arroyo (9) Barceloneta (10) Barranquitas (11) Bayamón (12) Cabo Rojo (13) Caguas (14) Camuy (15) Canóvanas	(16) Carolina (17) Cataño (18) Cayey (19) Ceiba (20) Ciales (21) Cidra (22) Coamo (23) Comerío (24) Corozal (25) Culebra (26) Dorado (27) Fajardo (28) Florida (29) Guánica (30) Guayama	(31) Guayanilla (32) Guaynabo (33) Gurabo (34) Hatillo (35) Hormigueros (36) Humacao (37) Isabela (38) Jayuya (39) Juana Díaz (40) Juncos (41) Lajas (42) Lares (43) Las Marías (44) Las Piedras (45) Loíza	(46) Luquillo (47) Manatí (48) Maricao (49) Maunabo (50) Mayagüez (51) Moca (52) Morovis (53) Naguabo (54) Naranjito (55) Orocovis (56) Patillas (57) Peñuelas (58) Ponce (59) Quebradillas (60) Rincón	(61) Río Grande (62) Sabana Grande (63) Salinas (64) San Germán (65) San Juan (66) San Lorenzo (67) San Sebastián (68) Santa Isabel (69) Toa Alta (70) Toa Baja (71) Trujillo Alto (72) Utuado (73) Vega Alta (74) Vega Baja (75) Vieques	(76) Villalba (77) Yabucoa (78) Yauco (96) No informó

Zona geográfica <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana	Código postal (zip code) _____
---	--

INFORMACIÓN RELACIONADA AL EPISODIO (ESTE EPISODIO)

Etapas de servicio <input type="checkbox"/> Admisión <input type="checkbox"/> Readmisión <input type="checkbox"/> Traslado	Indicar nivel de cuidado para el uso de sustancias <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Evaluación drogas <input type="checkbox"/> Evaluación alcohol <input type="checkbox"/> Charla socioeducativa <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Ambulatorio intensivo <input type="checkbox"/> Ambulatorio con metadona <input type="checkbox"/> Desintoxicación droga (ambulatorio) <input type="checkbox"/> Desintoxicación alcohol (ambulatorio) </div> <div> <input type="checkbox"/> Desintoxicación 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) </div> </div>	
¿Co-dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Usa medicamento como parte del tratamiento contra la dependencia de opiáceos? <input type="checkbox"/> Metadona <input type="checkbox"/> Buprenorfina <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica (salud mental)		Días de espera para entrar a tratamiento
Indicar nivel de cuidado de salud mental <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Clínicas ambulatorias <input type="checkbox"/> Ambulatorio intensivo <input type="checkbox"/> Hospitalización parcial <input type="checkbox"/> Hospitalización general </div> <div> <input type="checkbox"/> Hospitalización forense <input type="checkbox"/> Centro de recuperación <input type="checkbox"/> Centro transicional a vida independiente <input type="checkbox"/> Tratamiento residencial </div> <div> <input type="checkbox"/> No aplica (Este episodio es de uso de sustancias) Días de espera para entrar a tratamiento </div> </div>		
Fuente de referido <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Autoreferido <input type="checkbox"/> Proveedor de servicio de salud mental <input type="checkbox"/> Proveedor de salud <input type="checkbox"/> Departamento de Educación <input type="checkbox"/> Sistema de Justicia Criminal <input type="checkbox"/> Administración de Tribunales <input type="checkbox"/> Otros programas de ASSMCA <input type="checkbox"/> Departamento de Justicia <input type="checkbox"/> Departamento de la Familia <input type="checkbox"/> Departamento de Salud <input type="checkbox"/> Adm. de Rehabilitación Vocacional <input type="checkbox"/> OCALARH </div> <div> <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Plan de salud del gobierno <input type="checkbox"/> Centro de tx por uso de sustancias <input type="checkbox"/> Programa privado de salud mental <input type="checkbox"/> Instituciones Juveniles <input type="checkbox"/> Alcance comunitario <input type="checkbox"/> Sala de emergencia <input type="checkbox"/> Clínico en práctica privada <input type="checkbox"/> Hospital de Psiquiatría General <input type="checkbox"/> Hospital de Psiquiatría Forense <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico privado <input type="checkbox"/> Hospital privado de salud física </div> <div> <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Hospital de Veteranos <input type="checkbox"/> Abogado privado <input type="checkbox"/> Organizaciones de base de fe <input type="checkbox"/> Otras organizaciones de base comunitaria <input type="checkbox"/> Familiares o amigos <input type="checkbox"/> Centro transicional a vida independiente <input type="checkbox"/> No hay información <input type="checkbox"/> Otro(s) </div> </div>		
Estado legal del referido <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Drug Court (247.1) <input type="checkbox"/> Drug Court (404) <input type="checkbox"/> Drug Court (404 B) <input type="checkbox"/> Drug Court Juvenil <input type="checkbox"/> Ley 22 <input type="checkbox"/> Ley 30 <input type="checkbox"/> Ley 54 <input type="checkbox"/> Ley 67 </div> <div> <input type="checkbox"/> Ley 78 <input type="checkbox"/> Ley 59 <input type="checkbox"/> Ley 408 <input type="checkbox"/> Ley 1155 <input type="checkbox"/> Regla 240 <input type="checkbox"/> Regla 241 <input type="checkbox"/> Probatoria <input type="checkbox"/> TASC </div> <div> <input type="checkbox"/> TASC Juvenil <input type="checkbox"/> Ley 177 <input type="checkbox"/> Ley 188 <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No información <input type="checkbox"/> No aplica (No intervenido por justicia) </div> </div>		¿Ha sido arrestado durante los pasados 30 días? (antes de la admisión) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha sido arrestado alguna vez en su vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Número de arrestos en los pasados 30 días
Problema con la justicia/ faltas cometidas <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Hurto / vandalismo <input type="checkbox"/> Violación a probatoria <input type="checkbox"/> Consumo de drogas <input type="checkbox"/> Falsificación de documentos <input type="checkbox"/> Violación / delito sexual <input type="checkbox"/> Rapto <input type="checkbox"/> Asesinato / homicidio <input type="checkbox"/> Prostitución <input type="checkbox"/> Escalamiento </div> <div> <input type="checkbox"/> Desacato <input type="checkbox"/> Conducir bajo efectos de droga o alcohol <input type="checkbox"/> Alteración a la paz <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Apropiación ilegal agravada <input type="checkbox"/> Tráfico de drogas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No aplica </div> </div>		

Datos de Salud General

¿Tiene historial de...?	
<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 VIH <input type="checkbox"/> Persona viviendo con SIDA <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

Información del episodio anterior de servicios de uso de sustancias

Tiempo desde la última alta de servicio para uso de sustancias _____ Días _____ Meses		Duración del último episodio de servicio de uso de sustancias <input type="checkbox"/> Menos de un mes (30 días) <input type="checkbox"/> 3 a 4 años <input type="checkbox"/> 1 a 3 meses <input type="checkbox"/> 5 a 6 años <input type="checkbox"/> 4 a 6 meses <input type="checkbox"/> 7 años o más <input type="checkbox"/> 7 a 11 meses <input type="checkbox"/> No información <input type="checkbox"/> 1 año a 2 años <input type="checkbox"/> No aplica
Episodios previos al tratamiento <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 ó más <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No información <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Nivel de cuidado del episodio anterior de sustancias <input type="checkbox"/> Evaluación drogas <input type="checkbox"/> Desintoxicación alcohol (ambulatorio) <input type="checkbox"/> Evaluación alcohol <input type="checkbox"/> Desintoxicación alcohol (interno) <input type="checkbox"/> Charla socioeducativa <input type="checkbox"/> Tratamiento residencial <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Ambulatorio intensivo <input type="checkbox"/> Hospitalización parcial <input type="checkbox"/> Ambulatorio con metadona <input type="checkbox"/> Desvío <input type="checkbox"/> Desintoxicación droga (ambulatorio) <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Desintoxicación droga (interno)	

Información del episodio anterior de servicios de salud mental

Episodios previos al tratamiento <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 ó más <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No información <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> No aplica		Duración del último episodio de servicio de salud mental <input type="checkbox"/> Menos de un mes (30 días) <input type="checkbox"/> 3 a 4 años <input type="checkbox"/> 1 a 3 meses <input type="checkbox"/> 5 a 6 años <input type="checkbox"/> 4 a 6 meses <input type="checkbox"/> 7 años o más <input type="checkbox"/> 7 a 11 meses <input type="checkbox"/> No información <input type="checkbox"/> 1 año a 2 años <input type="checkbox"/> No aplica (No ha tenido episodios de SM)
Tiempo desde la última alta de servicio de salud mental _____ Días _____ Meses	Nivel de cuidado del episodio anterior de salud mental <input type="checkbox"/> Clínicas ambulatorias <input type="checkbox"/> Hospitalización forense <input type="checkbox"/> Ambulatorio intensivo <input type="checkbox"/> Centro de recuperación <input type="checkbox"/> Hospitalización parcial <input type="checkbox"/> Centro transicional a vida independiente <input type="checkbox"/> Hospitalización general <input type="checkbox"/> Tratamiento residencial <input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación psicosocial <input type="checkbox"/> No aplica	

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PARTICIPANTE

¿Existe historial de ideas suicidas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informó	¿Existe historial de maltrato en la niñez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informó	¿Ha sido víctima de violencia doméstica? <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 recuerda <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informó	Indique el tipo de maltrato <input type="checkbox"/> Negligencia <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Explotación <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Institucional	
¿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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No recuerda		¿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? <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

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

Droga de uso primario	Droga de uso secundario	Droga de uso terciario
<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 informó <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 informó <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 informó <input type="checkbox"/> No aplica
Vía de utilización	Vía de utilización	Vía de utilización
<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 informó <input type="checkbox"/> No aplica	<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 informó <input type="checkbox"/> No aplica	<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 informó <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 informó <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 informó <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 informó <input type="checkbox"/> No aplica
Edad de inicio	Edad de inicio	Edad de inicio

Comentarios

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción
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)	Género <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro
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 completó el perfil (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _	Fecha de último contacto (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _		

Estado marital <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	Condición laboral <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	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 aplica <input type="checkbox"/> No informé <hr/> Número de hijos
Último grado completado <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"/> Otro (educación especial)		Situación escolar al momento <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 <hr/> Desertor escolar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <hr/> Educación especial: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Con quién vive la persona? <input type="checkbox"/> Vive solo <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra <input type="checkbox"/> Hijo(s) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <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 <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 información	¿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
		Tamaño familiar

INFORMACIÓN CLÍNICA RELACIONADA AL EPISODIO

¿Ha sido diagnosticado con ...? <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
Trastornos clínicos Utilizar palabras para describir el diagnóstico.
Trastornos de la personalidad y retardo mental									
Problemas psicosociales y ambientales									
Comentarios: Funcionamiento global: _____ Otras observaciones: _____ _____ _____							Diagnósticos concurrentes de salud mental y uso de sustancias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Droga de uso primario	Droga de uso secundario	Droga de uso terciario
<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 informo <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 informo <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 informo <input type="checkbox"/> No aplica
Vía de utilización	Vía de utilización	Vía de utilización
<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 informo <input type="checkbox"/> No aplica	<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 informo <input type="checkbox"/> No aplica	<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 informo <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"/> No aplica <input type="checkbox"/> No informo	<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"/> No aplica <input type="checkbox"/> No informo	<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"/> No aplica <input type="checkbox"/> No informo
Edad de inicio	Edad de inicio	Edad de inicio

Metadona	Paciente participa del programa TAKE HOME <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	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
	Etapas: 1 2 3 4 5 6	
	Fecha de comienzo TH:	
	Fecha de terminación en TH	
	Botellas ____ 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. <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	
	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)	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)

Prácticas Basadas en Evidencia	
Niños y Adolescentes: <input type="checkbox"/> Apoyo en la educación (Educación Respalada) <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

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción
Perfil de Alta

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)	Género <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro
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 alta	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 de alta (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _	Fecha de último contacto (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _		

Estado marital <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	Condición laboral <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	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"/> 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	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 Desertor escolar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Educación especial: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	---

Estructura familiar

¿Con quién vive la persona? <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	Residencia <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	¿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
		Tamaño Familiar

¿Ha sido diagnosticado con ...? <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
Trastornos clínicos Utilizar palabras para describir el diagnóstico.		
		
		
		
Trastornos de la personalidad y retardo mental									
Problemas psicosociales y ambientales									
Comentarios: Funcionamiento global: _____ Otras observaciones: _____ _____ _____							Diagnósticos concurrentes de salud mental y uso de sustancias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Droga de uso primario		Droga de uso secundario		Droga de uso terciario	
<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 informo <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 informo <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 informo <input type="checkbox"/> No aplica	
Vía de utilización <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 informo <input type="checkbox"/> No aplica		Vía de utilización <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 informo <input type="checkbox"/> No aplica		Vía de utilización <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 informo <input type="checkbox"/> No aplica	
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"/> No informo <input type="checkbox"/> No aplica		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"/> No informo <input type="checkbox"/> No aplica		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"/> No informo <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 inicio: Fecha de terminación: 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		

¿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	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 uso de sustancias)	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)

Prácticas Basadas en Evidencia

Niños y Adolescentes:

- ☐ Apoyo en la educación (Educación Respaldada)
- ☐ 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
