

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

- ☐ Alcohol
- ☐ Anfetaminas
- ☐ Barbitúricos
- ☐ Benzodiazepinas
- ☐ Cocaína
- ☐ Crack
- ☐ Ecstasy
- ☐ Heroína
- ☐ Otros opiáceos y opioides
- ☐ Heroína +Cocaína (Speedball)
- ☐ Marihuana
- ☐ Marihuana sintética
- ☐ Metadona
- ☐ Metanfetamina
- ☐ PCP
- ☐ Percoset
- ☐ Inhalantes
- ☐ Halucinógenos
- ☐ Sedantes
- ☐ Medicamentos no recetados
- ☐ Tabaco/ cigarrillo
- ☐ Anestesia de Caballo
- ☐ Diablillo (Cocaína + Marihuana)
- ☐ Xanax
- ☐ Otro(s)
- ☐ No usa actualmente
- ☐ No informé
- ☐ No aplica

Vía de utilización

- ☐ Inyectada
- ☐ Nasal
- ☐ Oral (bebida)
- ☐ Fumada
- ☐ Otro
- ☐ No informé
- ☐ No aplica

Frecuencia de uso

- ☐ No usé en el pasado mes
- ☐ 1-3 veces al mes
- ☐ 1-2 veces a la semana
- ☐ 3-6 veces a la semana
- ☐ Diariamente
- ☐ No aplica
- ☐ No informé

Edad de inicio**Droga de uso secundario**

- ☐ Alcohol
- ☐ Anfetaminas
- ☐ Barbitúricos
- ☐ Benzodiazepinas
- ☐ Cocaína
- ☐ Crack
- ☐ Ecstasy
- ☐ Heroína
- ☐ Otros opiáceos y opioides
- ☐ Heroína +Cocaína (Speedball)
- ☐ Marihuana
- ☐ Marihuana sintética
- ☐ Metadona
- ☐ Metanfetamina
- ☐ PCP
- ☐ Percoset
- ☐ Inhalantes
- ☐ Halucinógenos
- ☐ Sedantes
- ☐ Medicamentos no recetados
- ☐ Tabaco/ cigarrillo
- ☐ Anestesia de Caballo
- ☐ Diablillo (Cocaína + Marihuana)
- ☐ Xanax
- ☐ Otro(s)
- ☐ No usa actualmente
- ☐ No informé
- ☐ No aplica

Vía de utilización

- ☐ Inyectada
- ☐ Nasal
- ☐ Oral (bebida)
- ☐ Fumada
- ☐ Otro
- ☐ No informé
- ☐ No aplica

Frecuencia de uso

- ☐ No usé en el pasado mes
- ☐ 1-3 veces al mes
- ☐ 1-2 veces a la semana
- ☐ 3-6 veces a la semana
- ☐ Diariamente
- ☐ No aplica
- ☐ No informé

Edad de inicio**Droga de uso terciario**

- ☐ Alcohol
- ☐ Anfetaminas
- ☐ Barbitúricos
- ☐ Benzodiazepinas
- ☐ Cocaína
- ☐ Crack
- ☐ Ecstasy
- ☐ Heroína
- ☐ Otros opiáceos y opioides
- ☐ Heroína +Cocaína (Speedball)
- ☐ Marihuana
- ☐ Marihuana sintética
- ☐ Metadona
- ☐ Metanfetamina
- ☐ PCP
- ☐ Percoset
- ☐ Inhalantes
- ☐ Halucinógenos
- ☐ Sedantes
- ☐ Medicamentos no recetados
- ☐ Tabaco/ cigarrillo
- ☐ Anestesia de Caballo
- ☐ Diablillo (Cocaína + Marihuana)
- ☐ Xanax
- ☐ Otro(s)
- ☐ No usa actualmente
- ☐ No informé
- ☐ No aplica

Vía de utilización

- ☐ Inyectada
- ☐ Nasal
- ☐ Oral (bebida)
- ☐ Fumada
- ☐ Otro
- ☐ No informé
- ☐ No aplica

Frecuencia de uso

- ☐ No usé en el pasado mes
- ☐ 1-3 veces al mes
- ☐ 1-2 veces a la semana
- ☐ 3-6 veces a la semana
- ☐ Diariamente
- ☐ No aplica
- ☐ No informé

Edad de inicio

Metadona	Paciente participa del programa TAKE HOME <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fase: 1 2 3 4	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
	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 <input type="checkbox"/> Otra: _____		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 <input type="checkbox"/> Otra: _____
---	--	---

Comentarios
