

Perfil de Alta
Información General

Num. Expediente	Seguro Social ____ - ____ - ____	IUP _____	Episodio
Nombre del Centro/ Unidad de Servicio			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Sexo al Nacer [TEDS] <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Intersexual			
Identidad de género <input type="checkbox"/> Cisgénero (M) <input type="checkbox"/> Cisgénero (F) <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Transgénero (M-F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F-M) <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Intergénero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No informé		Orientación Sexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay/lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No informé	
Información contacto			
Números de teléfono:	1. Celular (____) ____ - ____	2. Familiar o contacto autorizado (____) ____ - ____	
Dirección de correo electrónico	1.	2.	
Fecha de Admisión (TEDS) (mmm/dd/aaaa) ____/____/____		Fecha de Convenio (solo programas de desvío, ej. TASC, Drug Court) (mmm/dd/aaaa) ____/____/____	
Fecha de Alta (mmm/dd/aaaa) ____/____/____		Fecha de último contacto (mmm/dd/aaaa) ____/____/____	
Estado Marital (TEDS) <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión consensual <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> No informé			Número de hijos: _____
Condición laboral (US-SM NOM) <input type="checkbox"/> Empleo, tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleo, tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudia y trabaja <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> No participa de la fuerza laboral <input type="checkbox"/> No informé		Si no participa de la fuerza laboral (US-SM NOM) <input type="checkbox"/> Persona responsable del hogar (ej. ama(o) de casa) <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Trabajador Marginal (chivos, etc) <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> Residente facilidad institucional (hospital, prisión, cuidado residencial largo plazo, etc.)	
Educación (SM-NOM) <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Décimo <input type="checkbox"/> Grado asociado <input type="checkbox"/> Pre-escolar <input type="checkbox"/> Quinto <input type="checkbox"/> Undécimo <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Sexto <input type="checkbox"/> Duodécimo <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Primero <input type="checkbox"/> Séptimo <input type="checkbox"/> Diploma de escuela superior <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Octavo <input type="checkbox"/> Créditos universitarios <input type="checkbox"/> Salón contenido/ Educación especial <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Noveno <input type="checkbox"/> Escuela Técnica o Vocacional <input type="checkbox"/> No informé			
¿Ha recibido o está recibiendo educación especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informé		Desertor escolar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informé	
Situación escolar al momento del alta (SM-NOM) <input type="checkbox"/> Ha asistido a la escuela en algún momento durante los pasados tres meses <input type="checkbox"/> No ha asistido a la escuela durante los pasados tres meses <input type="checkbox"/> No aplica			
¿Con quién vive la persona? (Marque todas las que aplique) <input type="checkbox"/> Vive sólo <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hijo(s) <input type="checkbox"/> Esposo(a) o compañero(a) <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Hermanos(as) <input type="checkbox"/> Abuelo(s) <input type="checkbox"/> Personas no emparentadas <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> No informé			Tamaño Familiar:
Nombre de la persona que llenó el perfil (escriba claro)	Puesto	Firma	Fecha (mmm/dd/aaaa) ____/____/____

Perfil de Alta (continuación)

Residencia (US-SM-NOM)	<input type="checkbox"/> Institución residencial	<input type="checkbox"/> Facilidad de tratamiento residencial para menores
<input type="checkbox"/> Propia (de los padres, si es menor)	<input type="checkbox"/> Hogar grupal, orfanato	<input type="checkbox"/> Institucionalizado (Hospital)
<input type="checkbox"/> Alquilada (por los padres, si es menor)	<input type="checkbox"/> Institución correccional	<input type="checkbox"/> Sin hogar (Deambulante)
<input type="checkbox"/> Vivienda pública	<input type="checkbox"/> Hogar de crianza	<input type="checkbox"/> No informó
<input type="checkbox"/> Familiares	<input type="checkbox"/> Hogar sustituto	
<input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> Hogar transicional	

¿Cuántas veces ha participado en reuniones de grupos de apoyo o auto-ayuda enfocados en la recuperación de uso de sustancias durante los pasados 30 días? (US-NOM, ej. alcohólicos o narcóticos anónimos)

<input type="checkbox"/> No ha asistido en los pasados 30 días	<input type="checkbox"/> Ha asistido durante el pasado mes, pero se desconoce cuánto
<input type="checkbox"/> 1-3 veces durante el pasado mes (menos de una vez semanal)	<input type="checkbox"/> No informó
<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)	

¿Ha sido arrestado durante los pasados 30 días? (US-SM-NOM)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	Número de arrestos en los pasados 30 días o durante tratamiento si duró menos de 30 días (US-SM-NOM): _____
--	--	--

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

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

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

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

Comentarios: _____

Funcionamiento Global (TEDS, opcional) ☐ CGAS ☐ GAS ☐ GAF (Anote valor entre 0 y 100%): _____

Otras observaciones: _____

Trastorno concurrente de salud mental y uso de sustancias [TEDS] ☐ Sí ☐ No

Utilización de tabaco o cigarrillo

¿Ha fumado al menos **100** cigarrillos en toda su vida? ☐ Si ☐ No ☐ Desconoce ☐ No informó

Si contesto si, ¿con que frecuencia fuma cigarrillos actualmente? ☐ Todos los días ☐ Algunos días ☐ Nunca

¿Si fuma todos o algunos días, cuantos cigarrillos en promedio usted fuma en un día? _____

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

Perfil de Alta (continuación)

Utilización actual de Sustancias (dentro de los últimos 30 días) (US-SM NOM)

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

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

Perfil de Alta (continuación)

NOTA: Para participantes de las Clínicas de Tratamiento Integral Asistido con Medicamentos (CTIAM) es requisito completar la información relacionada al *Take Home*.

Metadona	¿El paciente participa del programa <i>Take Home</i>? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de comienzo TH: (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _ Fecha de terminación TH: (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _		Si no es participante de <i>Take Home</i> indique la razón por la cual no participa: <input type="checkbox"/> Uso de alcohol o drogas reciente (menos de 90 días) <input type="checkbox"/> Problemas de conducta en la clínica <input type="checkbox"/> Historial reciente de actividad criminal <input type="checkbox"/> No cumple con sus citas y toma de medicamento <input type="checkbox"/> Ambiente familiar o social inestable <input type="checkbox"/> No cuenta con lugar seguro para almacenar el medicamento <input type="checkbox"/> El riesgo de desvío es mayor que el beneficio de rehabilitación <input type="checkbox"/> El participante no desea el beneficio <input type="checkbox"/> En proceso de evaluación para entrar a <i>Take Home</i>
	Cantidad de Frascos: _____	Frecuencia: <input type="checkbox"/> Semanales <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Mensuales	

Prácticas Basadas en Evidencia (Seleccione todas las que aplique marcando el cuadrado a la izquierda)

Niños y Adolescentes:	Adultos:
<input type="checkbox"/> Apoyo en la Educación (Educación Respalpada)	<input type="checkbox"/> Psicoeducación Familiar
<input type="checkbox"/> Apoyo en el Empleo	<input type="checkbox"/> Mejores Prácticas/Practicar emergentes: WSM/WSM+
<input type="checkbox"/> Aproximación de Reforzamiento Comunitario para Adolescentes	<input type="checkbox"/> Apoyo en el empleo
<input type="checkbox"/> Terapia Multisistémica	<input type="checkbox"/> Manejo de la Enfermedad y Recuperación
<input type="checkbox"/> Entrevista Motivacional	<input type="checkbox"/> Tratamiento Integrado para Trastornos de dxs concurrentes
<input type="checkbox"/> Cuidado de crianza terapéutica	<input type="checkbox"/> Plan de Acción para la Recuperación del Bienestar
<input type="checkbox"/> Terapia Funcional Familiar	<input type="checkbox"/> Manejo de la Medicación
<input type="checkbox"/> Tratamiento por trauma	<input type="checkbox"/> Entrevista Motivacional
<input type="checkbox"/> “Wraparound”	<input type="checkbox"/> Tratamiento asertivo comunitario
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Tratamiento por trauma
	<input type="checkbox"/> Multimodal
	<input type="checkbox"/> “Wraparound”
	<input type="checkbox"/> “Wellness”(Autogestión de bienestar)
	<input type="checkbox"/> Otro _____

Razón de Alta

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

Comentarios:

APLICA A LA UNIDAD DE ALCOHOLISMO SOLO SI EL PACIENTE PASA AL NIVEL DE CUIDADO DE ESTADIA PROLONGADA (EP) (Requiere un **NUEVO REGISTRO de Perfil de Admisión en SEPS)**

Unidad de Alcoholismo - EP	Fecha de Admisión EP:(mmm/dd/aaaa) __/__/__-__-__			Episodio:	
	Los datos sociodemográficos que se registrarán en SEPS se tomarán de las págs 1 y 2 del Perfil de Admisión que se documentó en la admisión a DETOX [ASSMCA-127]				
	Etapas de Servicio:		<input checked="" type="checkbox"/> Traslado	Nivel de Cuidado para el uso de sustancias: <input type="checkbox"/> Estadía Prolongada Alcohol <input type="checkbox"/> Estadía Prolongada Sustancias	
	¿Co-dependiente?		<input checked="" type="checkbox"/> No		
	Fuente de referido:		<input checked="" type="checkbox"/> Centro tx por uso de sustancias		
	*La información de arrestos y datos de salud general que registrará en SEPS la tomará de la pag. 2 de este documento (Perfil de Alta de DETOX actual [ASSMCA-127A])				
	Información de episodios anteriores de cualquier servicio de tratamiento por uso de sustancias				
	Numero de tratamientos (Episodios) que ha recibido anteriormente:			Duración del último servicio de tratamiento de uso de sustancias	
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 o más <input type="checkbox"/> No información			<input checked="" type="checkbox"/> Menos de un mes (30 días)	
	Tiempo desde última alta de servicio uso de sustancias: <u>0</u> días			Nivel de cuidado del episodio anterior:	
<input type="checkbox"/> Desintoxicación Alcohol <input type="checkbox"/> Desintoxicación sustancias					
La información que se registrará en SEPS de suicidio, maltrato y violencia doméstica se tomará de las págs. 5 del Perfil de Admisión que se documentó en la admisión a DETOX [ASSMCA-127], y la de reuniones de grupo, diagnósticos y uso de drogas se tomará de las págs. 2 y 3 de este documento (Perfil de Alta de DETOX actual [ASSMCA-127A])					