

Perfil de Evaluación

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"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Gay/lesbiana <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Bisexual <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 en que se completa evaluación (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 de la evaluación (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 Evaluación (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)

☐ 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

☐ No informó

| | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|--|
| ¿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 Evaluación (continuación)

Utilización de Sustancias al momento de la admisión (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"/> 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"/> 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"/> 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 Evaluación (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 | | <u>Si no es participante de <i>Take Home</i></u> 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> |
| | Fecha de comienzo TH: (mmm/dd/aaaa) ___/___/____ | | |
| | Fecha de terminación TH: (mmm/dd/aaaa) ___/___/____ | | |
| | 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:

- ☐ Apoyo en la Educación (Educación Respalhada)
- ☐ Apoyo en el Empleo
- ☐ Aproximación de Reforzamiento Comunitario para Adolescentes
- ☐ Terapia Multisistémica
- ☐ Entrevista Motivacional
- ☐ Cuidado de crianza terapéutica
- ☐ Terapia Funcional Familiar
- ☐ Tratamiento por trauma
- ☐ “Wraparound”
- ☐ Otro _____

Adultos:

- ☐ Psicoeducación Familiar
- ☐ Apoyo en el Empleo
- ☐ Manejo de la Enfermedad y Recuperación
- ☐ Tratamiento Integrado para Trastornos de Salud Mental y uso de Sustancias
- ☐ Plan de Acción para la Recuperación del Bienestar
- ☐ Manejo de la Medicación
- ☐ Entrevista Motivacional
- ☐ Tratamiento asertivo comunitario
- ☐ Tratamiento por trauma
- ☐ Multimodal
- ☐ “Wraparound”
- ☐ “Wellness” (Autogestión de bienestar)
- ☐ Mejores Prácticas/Practicas emergentes: WSM/WSM+
- ☐ Terapia Cognitiva
- ☐ WRAP
- ☐ Emotional CPR (eCPR)
- ☐ Enfoque informado en trauma/*Trauma-Informed Care*
- ☐ Otro _____

Comentarios: _____
