

2022

Manual para la Recopilación de Datos Estadísticos

Perfiles de:

Admisión (Forma ASSMCA 127)

Evaluación de Progreso (Forma ASSMCA 127-E)

Alta (Forma ASSMCA 127-A)

Oficina de Programas Federales y Planificación

Administración de Servicios de
Salud Mental y Contra la Adicción

ASSMCA



Unidad de Estadísticas y Evaluación
Versión 07/2022



GOBIERNO DE PUERTO RICO ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y CONTRA LA ADICCIÓN

5 de julio de 2022

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

Luis A. Pedraza González, Ph.D
Director Oficina de Programas Federales y Planificación

RECOPILACIÓN DE DATOS EN LOS PERFILES DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y ALTA

La Oficina de Programas Federales y Planificación (OPFP) de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) tiene como objetivo producir datos que sean recopilados de manera correcta y confiable tal que permitan planificar y evaluar eficientemente la prestación de servicios en las áreas de tratamiento por uso de sustancias, y de salud mental. Estos datos deben producir información válida a nivel nacional comparable con la de otros estados de los Estados Unidos.

La información relacionada a la clientela que recibe los servicios de tratamiento para el uso de sustancias y de salud mental se documenta por el personal encargado de la recopilación y entrada de datos en los perfiles sociodemográficos de Admisión, Evaluación de Progreso y Alta. Hemos actualizado el *Manual para la Recopilación de Datos Estadísticos*. Este manual, pretende guiar el proceso de completar los perfiles de Admisión, Evaluación de Progreso y de Alta en su versión revisada en junio de 2022. Igualmente, presenta las instrucciones para el registro de los perfiles en el actualizado Sistema Electrónico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS). Es importante que la información requerida en los perfiles sea recopilada de una manera uniforme y estandarizada. De forma similar, la información en SEPS debe ser registrada adecuadamente de manera tal que provea datos certeros que permitan describir las características de las personas admitidas a tratamiento de uso 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 futuras actividades y servicios.

En la OPFP 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 OPFP a las extensiones 1212, 1217, 1210, 1214, 1130, 1215. Esperamos el fiel cumplimiento con los procedimientos descritos en este manual.

Vo. Bo.:

Carlos J. Rodríguez Mateo, MD

Tabla de contenido

Resumen de Cambios y Modificaciones	1
Introducción	4
Responsabilidades.....	4
Sistema Electrónico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS)	5
Marco Conceptual de los Informes de Admisión, Evaluación y Alta.....	7
Perfiles Sociodemográficos de Admisión, Evaluación de Progreso y Alta	9
Instrucciones para completar los Perfiles Sociodemográficos.....	11
1. Perfil de Admisión	11
Variables del Perfil de Admisión en la Página 1.....	11
Número de expediente	11
Seguro social.....	11
IUP	12
Episodio	12
Nombre del Centro / Unidad de Servicio.....	12
Nombre de la persona y sus apellidos.....	12
Sexo al nacer	12
Veterano.....	13
Grupo étnico.....	13
Fecha de Nacimiento.....	13
Edad	13
Raza.....	13
Fecha de Admisión a Tratamiento	14
Fecha en que se firmó el convenio.....	14
Militar	15
Familiar de Militar	15
Identidad de genero.....	15
Orientación sexual	16
Tipo de admisión (<i>aplica a Hospitalizaciones</i>)	16
Información de Contacto.....	16
Seguro de Salud	16
Fuente de Pago Primario	17
Estado Marital.....	17

Si es una fémina, Embarazada y Número de hijos.....	17
Si es varón, Número de hijos	17
Nombre de la persona que llenó el perfil	18
Variables del Perfil de Admisión en la Página 2.....	18
Condición laboral.....	18
Si no participa de la fuerza laboral.....	18
Educación.....	19
¿Ha recibido o está recibiendo Educación Especial?.....	20
Desertor escolar	21
Situación escolar al momento de admisión.....	21
¿Con quién vive la persona?	21
Tamaño familiar.....	22
Fuente de ingreso:	22
Residencia	22
Tiempo en residencia	23
Municipio de Residencia.....	24
Zona Geográfica.....	24
Código Postal	24
Variables del Perfil de Admisión en la Página 3.....	24
Etapa de Servicio	24
Indicar Tipo de Servicio/Lugar de Tratamiento.....	24
<i>NIVEL DE CUIDADO DE SUSTANCIAS:</i>	25
Días de espera para entrar al programa y/o tratamiento.....	26
¿Usa medicamento como parte de su tratamiento contra la dependencia de opioides?	26
¿Codependiente?	26
<i>NIVEL DE CUIDADO DE SALUD MENTAL</i>	27
Días de espera para entrar al programa y/o tratamiento.....	29
Fuente de referido	29
Estado legal del referido	29
¿Ha sido arrestado alguna vez en su vida?.....	30
¿Ha sido arrestado durante los pasados 30 días?	30
Número de arrestos en los pasados 30 días.....	30
Variables del Perfil de Admisión en la Página 4.....	30

Problemas con la Justicia / Faltas cometidas	30
¿Ha sido diagnosticado con?.....	31
Número de tratamientos (Episodios) que ha recibido anterior o concurrentemente por uso de sustancias	31
Duración del último episodio de servicio por uso de sustancias.....	31
Tiempo desde la última alta de servicio por uso de sustancias	32
Nivel de cuidado del episodio anterior de tratamiento para el uso de sustancias	32
Número de tratamientos (Episodios) de tratamiento que ha recibido anterior o concurrentemente de salud mental	33
Duración del último episodio de tratamiento de salud mental	33
Tiempo desde la última alta de servicio de salud mental.....	34
Nivel de cuidado del episodio anterior de Salud Mental	34
Variables del Perfil de Admisión en la Página 5.....	35
¿Existe historial de ideas suicidas?	35
¿Existe historial de intentos suicidas?.....	35
¿Existe historial de maltrato en la niñez?.....	35
Indique el tipo de maltrato	36
¿Ha sido víctima de violencia doméstica?	37
¿Cuántas veces ha participado en reuniones de grupos de apoyo o autoayuda enfocados en la recuperación de uso de sustancias durante los pasados 30 días?	38
Diagnósticos del DSM-5/ICD-10.....	38
Medida de Funcionamiento Global.....	39
Trastorno concurrente	39
Utilización de tabaco o cigarrillo	40
Nombre del clínico a cargo de la evaluación	40
Disciplina	40
Firma	40
Variables del Perfil de Admisión en la Página 6.....	40
Tipo de droga utilizada actualmente	40
Vía de utilización	41
Frecuencia de uso.....	41
Edad de inicio	42
Droga Confirmada por toxicología	42
Comentarios	42

2. Perfil de Evaluación de Progreso	42
Variables del Perfil de Evaluación en la Página 1	42
Número de expediente	42
Seguro social.....	42
IUP	43
Episodio	43
Nombre del centro o unidad de servicio	43
Nombre del participante.....	43
Fecha de admisión.....	43
Fecha en que se completa la evaluación	43
Fecha del último contacto	43
Variables del Perfil de Evaluación de la Página 4	45
Clínicas de Tratamiento Integral Asistido con Medicamentos (CTIAM) -	45
Participante recibe servicios del programa <i>Take Home</i> -.....	45
Fecha de comienzo en <i>Take Home</i>	45
Fecha de terminación en <i>Take Home</i>	45
Cantidad de frascos	45
Si no recibe servicios de <i>Take Home</i> , indique la razón:	45
NIÑOS Y ADOLESCENTES: ¿Ha participado de alguna práctica basada en evidencia (EBP)?.....	46
ADULTOS: ¿Ha participado de alguna práctica basada en evidencia (EBP)?.....	46
Comentarios	46
3. Perfil de Alta	47
Variables del Perfil de Alta en la Página 1	47
IUP	47
Episodio	47
Fecha de alta	48
Fecha del último contacto	48
Variables del Perfil de Alta en la Página 4	49
Razón de alta.....	49
Comentarios	49
Instrucciones para el registro en SEPS	50
Instrucciones para el Informe Mensual de Clientela Atendida (IMCA)	55
ANEJO 1: Perfil de Admisión	59

ANEJO 2: Perfil de Evaluación	65
ANEJO 3: Perfil de Alta	69
ANEJO 4: Instrucciones para Unidad de Desintoxicación de Alcohol y Drogas	73
ANEJO 5: Formulario para Crear y Modificar Cuentas de Acceso Red ASSMCA.	76
ANEJO 6: Formulario de Adiestramiento y Activación de Cuentas SEPS	77

Índice de Figuras

Figura 1: Marco Conceptual perfiles de Admisión, Evaluación y Alta.....	7
Figura 2: Secuencia de Episodios de tratamiento.....	7
Figura 3: Secuencia de Episodios Escenario 1.....	8
Figura 4: Secuencia de Episodios Escenario 2.....	8
Figura 5: Secuencia de Episodios Escenario 3.....	8
Figura 6: Modelo lógico documentación y registro de perfiles.....	50
Figura 7: Modelo lógico informe de movimiento de clientela atendida.....	56
Figura 8: Flujo de procesos de la Unidad de Alcoholismo y documentación requerida en cada etapa.....	75

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

Resumen de Cambios y Modificaciones

Este manual proporciona directrices y descripciones para completar los Perfiles de Admisión, Evaluación de Progreso y Alta de los participantes que reciben servicios en los Programas de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA). El manual fue revisado para alinearlo a la actualización que se les hicieran a los perfiles en su formato físico tal que estén armonizados con el sistema SEPS (Sistema Electrónico de Perfiles Sociodemográficos) y al manual de TEDS (*Combined Substance Use and Mental Health Treatment Episode Data Set*).

A continuación, se presentan las modificaciones llevadas a cabo en julio 2022.

Perfil de Admisión

- Cambios editoriales
- Se modificó la variable de ‘Sexo’ por ‘Sexo al Nacer’, y se incluyeron nuevas variables y definiciones relacionadas a ‘Identidad de género’ y ‘Orientación Sexual’.
- Se solicita información de contacto de los participantes.
- Nombre y firma del clínico se movió de la primera página a la página número 5 en el Perfil de Admisión, debajo de los diagnósticos para facilitar el proceso de diagnóstico y firma del profesional en cuestión.
- En la variable ‘Si no participa de la fuerza laboral’ se incluyó la alternativa “Trabajador Marginal” con el propósito de recopilar información referente a los participantes que contribuyen a la economía informal en Puerto Rico llevando a cabo trabajos conocidos como “chivos y/o chiripas”, se modificó ama de casa por persona responsable del hogar para hacerlo inclusivo a cualquier sexo, y se incluyó la alternativa “Residente facilidad institucional” para recoger a todos aquellos participantes que estén hospitalizados, prisioneros y residentes en hogares.
- Se cambió “Ultimo grado completado” por “Educación” para especificar el grado en curso para los participantes que estén actualmente estudiando, y último grado completado para aquellos que al momento de completar el perfil no hayan asistido a la escuela en los últimos tres meses.
- Se cambió la alternativa bajo educación como Curso Vocacional por “Escuela Técnica o Vocacional” para clarificar que incluye a todo aquel que esté o haya estudiado un curso vocacional o técnico.
- Se cambió la alternativa bajo educación como “Otro” por “Salón contenido/Educación Especial” para incluir a los estudiantes de esta modalidad de estudios.

- Se añadió la opción de duodécimo para que recoja los estudiantes que actualmente cursan el grado 12mo.
- En educación especial, se especificó que la información que se desea obtener es si el participante ha recibido educación especial en algún momento de su vida.
- En Fuente de Ingreso se incluyó “Ninguno” para proveer una alternativa para aquellos que no tengan ningún ingreso.
- En Residencia se incluyeron las alternativas “Facilidad de tratamiento residencial para menores” e “Institucionalizado (Hospital)” para poder identificar los participantes residentes en estas facilidades.
- Los niveles de cuidado para salud mental y sustancias se actualizaron según los servicios que se están ofreciendo actualmente (esto aplica también para niveles del episodio anterior).
- Se añadió en fuente de referido la alternativa “Patrón o empresa privada”.
- Se actualizaron las leyes *Drug Court* 247.2, Ley 146, Ley 246, Ley 259 y Ley 88 en Estado legal del referido.
- Se añadieron o modificaron las condiciones de salud para alinearlas con las condiciones que tienen una mayor prevalencia en PR según el *Puerto Rico Chronic Disease Action Plan 2014-2020*: Alzheimer, Enfermedad cerebrovascular, Enfermedad renal, Hipoglucemia (y otros desordenes de secreción interna del páncreas) y Síndromes metabólicos (ej. hiperlipidemia). (Departamento de salud. Recuperado de: <https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/Puerto%20Rico%20Chronic%20Disease%20Action%20Plan%20English.pdf>).
- Los tipos de maltrato se mencionan tal y como aparecen en la Ley Núm. 246 del año 2011 - “*Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores*”.
- Las dos preguntas sobre participación en grupos de auto-ayuda se consolidó en una sola pregunta.
- Los trastornos clínicos fueron segregados por Salud Mental o Sustancias, especificando que se tiene que anotar solo uno por columna.
- Se eliminaron “Trastornos de la personalidad y retardo mental” y “Problemas psicosociales y ambientales” ya que no son requisito del DSM-5; sin embargo, se mantiene la medida de funcionamiento global como opcional, aunque no es requisito del DSM-5.
- Se detallaron las variables que se tienen que documentar en los casos de trastorno concurrente.
- Se separó la utilización de tabaco aparte de sustancias y se añadieron preguntas para determinar prevalencia de uso en los participantes debido a los efectos nocivos del tabaco en la salud (también aplica para perfiles de evaluación y alta).
- Se actualizó la lista de sustancias añadiendo Percocet, Fentanilo, Buprenorfina no recetada, marihuana con heroína y se incluyeron algunos opioides adicionales. En adición

se especifica que la metadona a documentar en este espacio se refiere a la Metadona no recetada, la metadona como parte de tratamiento se indica en la pregunta: ¿Usa medicamento como parte del tratamiento contra la dependencia de opioides? Localizada posterior al nivel de cuidado de sustancias.

- Se indica que la edad de inicio para uso de alcohol se refiere a la primera intoxicación.
- Se añadió un encasillado para que se indique si el uso de sustancias se confirmó por pruebas toxicológicas (también aplica para perfiles de evaluación y alta).

Perfil de Evaluación

- Cambios editoriales
- Se atemperaron las variables correspondientes que se modificaron en el perfil de admisión y que aplican al perfil de Evaluación.
- Nombre y firma del clínico se movió de la primera página a la página número 2 en el Perfil de Evaluación, debajo de los diagnósticos para facilitar el proceso de diagnóstico y firma del profesional en cuestión.
- En el encasillado relacionado al *Take Home* de los Centros Metadona, se cambió la palabra “botellas” dispensadas por “frascos”, se implementaron las alternativas de frecuencia de dispensación semanal, bisemanal o mensual, y se eliminó la Etapa de restricción de dispensación.
- Se añadió la alternativa “En proceso de Evaluación” en las razones para no participar en *Take Home*.
- Se añadieron prácticas basadas en evidencia según servicios ofrecidos por ASSMCA.

Perfil de Alta

- Cambios editoriales
- Se atemperaron las variables correspondientes que se modificaron en los perfiles de admisión y evaluación, y que aplican al perfil de Alta.
- Se incluyó definición para “Otro” como razón de alta en el manual.

Introducción

Los perfiles sociodemográficos 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 uso de sustancias y de salud mental en ASSMCA.

Estos datos permiten describir la población admitida a tratamiento de salud mental y de uso de sustancias, así como establecer comparaciones e identificar tendencias. Esta información facilita también la planificación de actividades que ayuden a cumplir con los objetivos y metas trazadas. Para esto es necesario establecer 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.

La 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 correcta, confiable y uniforme que permita planificar y evaluar eficientemente la prestación de servicios en las áreas de uso de Drogas y Alcohol, y de Salud Mental. Los perfiles incluyen y especifican las variables que se consideran NOMs (*National Outcome Measures*). Los NOMs representan un esfuerzo de SAMHSA por desarrollar un sistema de reporte que permita crear una imagen nacional precisa y actual del uso de sustancias y los servicios de salud mental. Los NOMs sirven como objetivos de desempeño para los programas estatales y federales para la prevención del uso de sustancias y la promoción de la salud mental, la intervención temprana y los servicios de tratamiento. En adición, también se especifican las variables requeridas por TEDS (*Combined Substance Use and Mental Health Treatment Episode Data Set*).

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, supervisar y colaborar en el diseño y desarrollo de todo el proceso de recopilación de datos estadísticos.
 - Analizar, interpretar y presentar los datos estadísticos.
 - Revisar, monitorear y reconciliar datos respecto a su integridad y coherencia con los requisitos de reporte.
 - 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 correctos, confiables y uniformes, y que estén al día.
- d. Encargado(a)s del manejo de datos estadísticos en los centros de servicio
 - Asesorar al personal responsable de recopilar los datos, de registrar los datos al SEPS y 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 Programas Federales y Planificación.
- e. Personal autorizado a recopilar datos estadísticos de los centros (por ejemplo, terapista, trabajador social, personal clerical, etc.)
 - Este personal es responsable de completar correcta y oportunamente los formularios que se obtienen al momento de admitir, hacerle la evaluación de progreso o darle de alta a un participante. Deberá estar debidamente adiestrado por la OPFP para llevar a cabo esta tarea.
- f. Personal de entrada de datos de los centros (por ejemplo, terapista, trabajador social, personal clerical, etc.)
 - Es responsable de efectuar la entrada de datos recopilados en los perfiles al SEPS correcta y oportunamente. Deberá estar debidamente adiestrado por la OPFP para llevar a cabo esta tarea.
- g. Personal autorizado a emitir el diagnóstico (por ejemplo, Psiquiatra, Doctor en Psicología, etc.)
 - Es responsable de realizar la evaluación a los participantes y documentar los códigos de diagnósticos según el DSM-5 en los perfiles sociodemográficos.

Sistema Electrónico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS)

El SEPS es una herramienta para la recopilación centralizada de datos. Cada centro de servicio de la ASSMCA registra en el SEPS los perfiles de la clientela que atiende e inmediatamente estos aparecerán en la base de datos que se maneja a nivel central. La estructura del SEPS fue diseñada para registrar al participante que recibe servicios una sola vez mediante un identificador único del participante (**IUP**). En adición, el sistema genera un **Episodio** cuando se registra un Perfil de Admisión, que cierra al registrar 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. Un participante puede tener más de un episodio de tratamiento activo o abierto, siempre y cuando sean de diferentes niveles de cuidado. El SEPS asigna un número único a cada episodio de tratamiento, el cual es diferente e independiente al IUP.

El SEPS proporciona los datos y/o información necesaria requerida por los siguientes sistemas o facilidades:

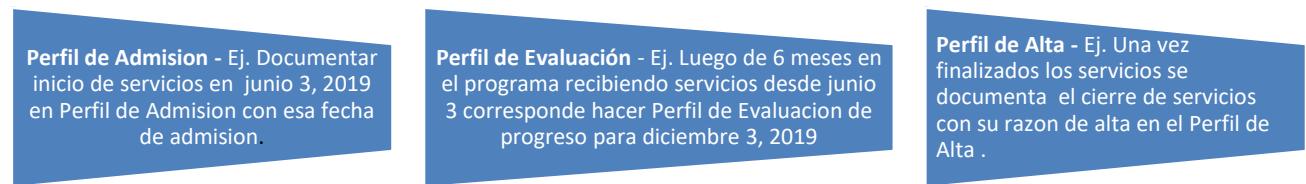
- DASIS *Drug and Alcohol Services Information System*
 - Propuesta de fondos para fortalecer la estructura de datos de los programas de tratamiento por uso de sustancias de la ASSMCA.
- Archivos de Datos SA-TEDS y MH-TEDS
 - SA-TEDS: Archivos de admisiones y altas. Estos archivos son un requisito de 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 se 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 Use 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 los bloques federales, programas estatales y propuestas:
 - Bloque federal de salud mental
 - Bloque federal de sustancias
 - Drug Court
 - Propuestas y proyectos federales (RFP's)
- 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 (DSS) Guide, version 4.3.1. Rockville, MD: SAMHSA, 2019.

Marco Conceptual de los Informes de Admisión, Evaluación y Alta

La información de los episodios de tratamiento de uso de sustancias o de salud mental se recopilará al **inicio (Admisión)**, **después de 6 meses de tratamiento (Evaluación de Progreso)** y al **final (Alta)** del tratamiento.

Figura 1: Marco Conceptual perfiles de Admisión, Evaluación y Alta



Los diferentes niveles de cuidado para el tratamiento de uso de sustancias y salud mental se desglosan en la sección de Tipo de Servicio/Lugar de Tratamiento en la página 3 del Perfil de Admisión. Una admisión nueva se reportará siempre y cuando el participante comience a recibir servicios en un centro de ASSMCA o cuando un participante sea trasladado a un nuevo centro de ASSMCA. En caso de cambio de nivel de cuidado provisto por el mismo proveedor o centro de servicio, entonces la admisión será por traslado. Para participantes en tratamientos con diferentes niveles de cuidado, el movimiento en diferentes Tipos de Servicio/Lugar de Tratamiento incluirá el inicio del segundo tratamiento, que puede o no incluir la finalización del primer servicio. Un ejemplo de la secuencia de un episodio de tratamiento de sustancias se ilustra en la Figura 2:

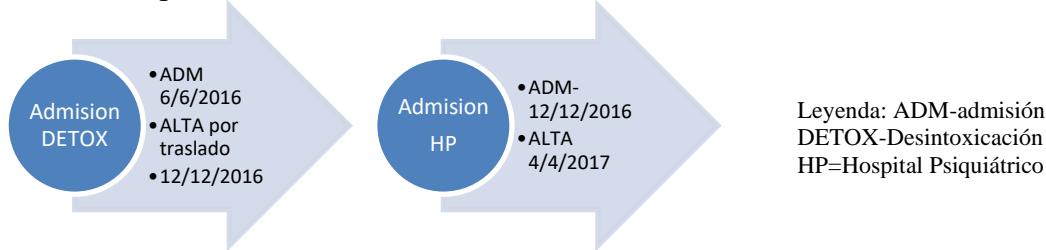
Figura 2: Secuencia de Episodios



Por otro lado, un participante pudiera estar recibiendo servicios ambulatorios de sustancias y a su vez servicios de recuperación, en cuyo caso tendría dos episodios abiertos con dos Tipos de Servicio/Lugar de Tratamiento. Los posibles escenarios de reporte de más de un episodio de tratamiento se ilustran adelante:

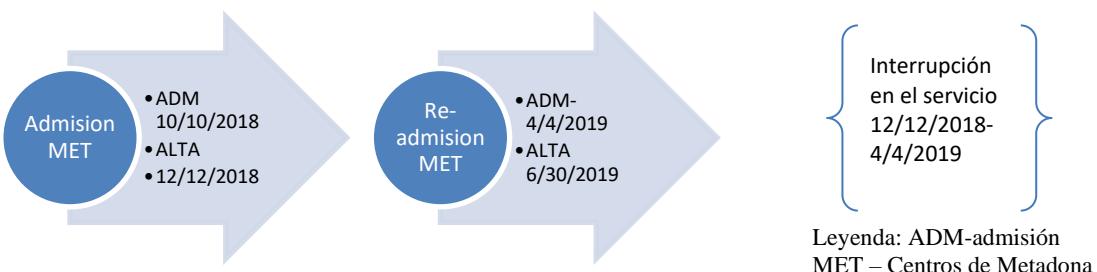
Escenario 1: Recibo Secuencial de servicios – los servicios se reciben de forma secuencial; los participantes son admitidos a détox, generando un perfil de admisión. Una vez completa el détox se transfiere al Hospital Psiquiátrico generando un Perfil de Alta por traslado de détox y un Perfil de Admisión al Hospital.

Figura 3: Secuencia de Episodios Escenario 1



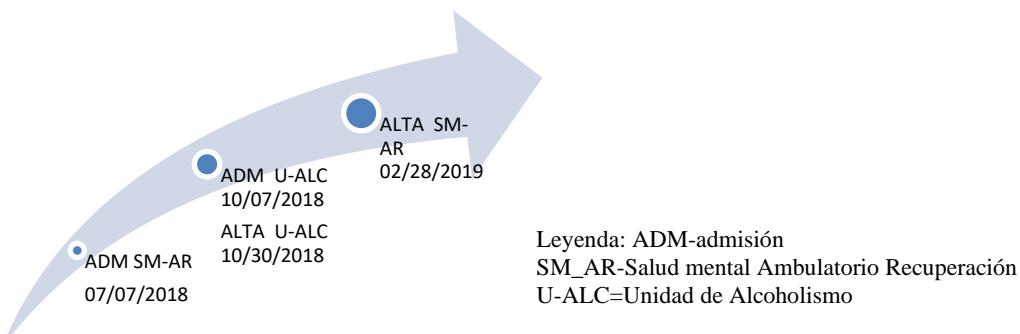
Escenario 2: Interrupciones en el servicio en el tratamiento – ocurre si el participante deja de asistir a tratamiento y se le hace un alta por abandono, y luego se presentan nuevamente a continuar con el tratamiento. Este escenario representa dos admisiones iniciales separadas individualmente.

Figura 4: Secuencia de Episodios Escenario 2



Escenario 3: Episodios intercalados o simultáneos – Ocurre cuando la prestación de servicios es concurrente por parte de diferentes proveedores. En el diagrama, el escenario tiene dos admisiones con sus respectivas altas de diferentes programas.

Figura 5: Secuencia de Episodios Escenario 3



Nota: los diagnósticos concurrentes de uso de sustancias y salud mental pueden recibir tratamiento secuencial (Escenario 1) o simultáneo (Escenario 3).

Perfiles Sociodemográficos de Admisión, Evaluación de Progreso y Alta

Los documentos de recopilación de datos, es decir, los Perfiles de Admisión, Evaluación y Alta, son documentos oficiales de la ASSMCA y **no pueden ser alterados y/o modificados**. Los perfiles se completarán en todas sus partes utilizando letra de molde LEGIBLE y en bolígrafo de tinta permanente Negra o Azul.

Se completará el formulario del **Perfil de Admisión** (ASSMCA 127, rev. 07/2022) para cada participante al momento de ser admitido a tratamiento. El mismo será completado por el profesional o persona encargada que tenga el primer contacto con el participante.

Se debe completar un **Perfil de Evaluación de Progreso** (ASSMCA 127E, rev. 07/2022) para cada participante admitido en intervalos de 6 meses, mientras esté recibiendo tratamiento ininterrumpidamente luego de la fecha en que fue admitido. Es de suma importancia que a cada participante que continúe recibiendo servicios por seis meses o más en cualquier centro de servicio se le complete un perfil de evaluación. El encargado del manejo de datos de cada centro se asegurará que se completen los Perfiles de Evaluación a la clientela que le corresponda, ya que, de no completarlos y registrarlos en sistema, estos participantes no aparecerán con ninguna entrada en el año fiscal, por tanto, no podrán ser contabilizados como atendidos durante el año evaluado. Es importante que se entienda que el registro del perfil de evaluación es el mecanismo que tiene la Oficina de Programas Federales y Planificación para asegurar que estos participantes siguen activos y recibiendo servicios en los centros. De no ser registrados en SEPS, no se tendrá evidencia de que continúan recibiendo servicios en los centros de ASSMCA.

Por último, se completará el formulario del **Perfil de Alta** (ASSMCA 127A, rev. 07/2022) para cada participante que haya terminado de recibir los servicios ya sea por que terminó el tratamiento, se traslada o refiere a otro centro, se da de baja, o que el participante no puede continuar el tratamiento ya sea por muerte, encarcelación u otra circunstancia de su vida. En el caso de participantes que hayan descontinuado el tratamiento, pero no tengan un día de alta oficial, se usará la política de Día de Alta de cada Centro. Es caso de que el Centro que no tenga establecido una política de Día de Alta, entonces deberá establecer una como parte del manual del centro.

Es responsabilidad de la persona encargada del manejo de datos de cada centro o dependencia asegurarse de que todos los perfiles estén correctamente completados para poder registrarlos en el **SEPS**.

Luego de la entrada de los datos al SEPS, el equipo de estadísticas podrá hacer un análisis de la población atendida según las necesidades de la Agencia u otras dependencias. Los formularios de los perfiles y la copia de este manual se encuentran disponibles en formato de documento portátil (.pdf) en la página web local de la agencia <http://apps2.assmca.pr.gov/> (Refiérase a la sección *Instrucciones para el registro en SEPS* para instrucciones más específicas).

Es de suma importancia que, al momento de registrar el perfil, el mismo 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 desde Nivel Central.

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

- Oficina de Programas Federales y Planificación
 - 787-763-7575 ext. 1212, 1217, 1210, 1214, 1130, 1215

Instrucciones para completar los Perfiles Sociodemográficos

1. Perfil de Admisión

(ASSMCA 127, REV 07-2022)

Se completará un Perfil de Admisión (véase ANEJO I) a cada participante **ADMITIDO** a tratamiento. UN PARTICIPANTE QUE ESTÁ EN PROCESO DE EVALUACIÓN, NO ESTÁ ADMITIDO. Por tanto, no se debe registrar un Perfil de Admisión de ese participante en SEPS. La única excepción es para los participantes del programa de Evaluación Ley 22.

Para los servicios de uso de sustancias, especialmente aquellos que reportan a TEDS, la admisión se define como la aceptación formal de un participante a recibir un servicio de tratamiento. UNA ADMISIÓN OCURRE SOLAMENTE SI EL PARTICIPANTE COMIENZA EL TRATAMIENTO. No se consideran admisiones eventos como evaluaciones iniciales, referidos, y/o estar en lista de espera; por lo tanto, estos participantes no deben tener perfil de admisión registrado en el SEPS. En el caso de participantes de programas de desvío², la ‘Admisión’ ocurre cuando se firma el convenio. No se deben registrar perfiles de admisión a participantes que aún estén bajo investigación. Para los servicios de salud mental y uso de sustancias, todos los participantes en servicios de tratamiento deben ser registrados en SEPS.

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. A continuación, se presentan las variables según el número de página en que aparecen en el perfil de Admisión con la información correspondiente que debe completarse.

Variables del Perfil de Admisión en la Página 1

Número de expediente

Anotar el número de expediente o de récord asignado al participante en el centro de servicio al momento de la admisión.

Seguro social

Anotar número de seguro social o al menos los últimos 4 dígitos del número de seguro social otorgado por el gobierno federal (Artículos 5 y 6 Ley Núm. 243, 2006 – “*Ley para disponer la política pública sobre el uso del Número de Seguro Social como verificación de identificación y la protección de su confidencialidad*”). Si la persona está registrada en el SEPS, el mismo sistema le avisará al detectar si el número de seguro social ya está registrado.

² **Programa de desvío:** Son programas de tratamiento que ofrecen alternativas al encarcelamiento tal que las personas convictas cumplen parte de su sentencia fuera de la institución. Su finalidad es promover que los confinados que estén capacitados para reintegrarse a la sociedad puedan hacerlo como parte de su rehabilitación moral y social. En ASSMCA son los programas TASC y *Drug Court*.

IUP

El SEPS genera este número de identificador único del participante (IUP) automáticamente luego de registrar al participante. Si el participante ya ha recibido servicios en ASSMCA entonces ya estará registrado en el sistema, por tanto, ya tendrá un IUP asignado. Es importante que antes de registrar un participante se lleve a cabo una búsqueda exhaustiva en el sistema para verificar si ese participante ya tiene asignado un IUP. El IUP debe anotarse en el espacio provisto en el perfil de admisión ya que ayudará posteriormente para encontrar al participante y evitar la duplicidad de personas en el sistema.

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 dos lugares simultáneamente.

Ejemplo: Un participante activo (con episodio abierto) de un Centro de Metadona (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. Es importante también que si al hacer la búsqueda, le aparece el participante con otro episodio abierto, haga la gestión para el cierre de ese episodio en el otro centro de servicio. Esto ayudará a mantener la base de datos actualizada, limpia y confiable.

Nombre del Centro / Unidad de Servicio

Anote el nombre del centro donde la persona comenzará a recibir los servicios. En el caso de los programas que envían los perfiles físicamente (en papel) a la OPFP para apoyo en la entrada de datos al sistema, es importante identificar correcta y adecuadamente todos los perfiles enviados. En el caso de Ley 22, especifique si el servicio que ofrece es Charlas, Panel de Impacto o Evaluación.

Nombre de la persona y sus apellidos

Anote los apellidos y nombre del participante que fue admitido.

Sexo al nacer

Categorización construida médica y legalmente basada en la apariencia de los genitales al nacer.

- *Masculino* = características biológicas y fisiológicas que definen al hombre.
- *Femenino* = características biológicas y fisiológicas que definen a la mujer
- *Intersexual* - Término para describir a una persona cuyo sexo asignado al nacer no encaja perfectamente en el binario socialmente aceptado de "hombre" o "mujer", porque tienen genitales, niveles de producción de hormonas y / o maquillajes cromosómicos que son ambiguos o no binarios.

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 cumple con la definición anterior.

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.

Fecha de Nacimiento

Se anotará la fecha de nacimiento del participante siguiendo el formato que se indica adelante:

Para evitar confusiones, todas las fechas que se documenten en los perfiles deben seguir el formato *mmm/dd/aaaa*, donde:

mmm: corresponde a la abreviatura (3 primeras letras) del mes, según se define a continuación

Enero = ENE	Febrero = FEB	Marzo = MAR	Abril = ABR
Mayo = MAY	Junio = JUN	Julio = JUL	Agosto = AGO
Septiembre = SEP	Octubre = OCT	Noviembre = NOV	Diciembre = DIC

Nota: No utilice números para representar el mes.

dd: corresponde al día del mes

aaaa: corresponde a los cuatro dígitos del año

Edad

Anote la edad cronológica (en años) del participante al momento de su admisión.

Raza³

³ Definición según US Censo 2000: <https://www.census.gov/prod/2001pubs/c2kbr01-1.pdf>

Marcar todas las que apliquen según la persona se identifique.

- *Blanca (Caucásico)* - gente con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, Oriente Medio, o África del Norte.
- *Negro o afroamericano* - gente con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
- *Native de otra isla del Pacífico* - persona con orígenes en alguno de las islas del Pacífico
- *Indio Americano* -se refiere a gente con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Norte y Sudamérica (incluyendo América Central, y que mantiene una afiliación tribal o lazo comunitario
- *Native de Alaska* - persona con orígenes de los pueblos originales de Alaska y que mantiene una afiliación tribal o lazo comunitario
- *Native de Hawái* - persona con orígenes en alguno de los pueblos de Hawái
- *Asiático* - gente con orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Extremo Oriente, Sudeste Asiático o el subcontinente asiático
- *Otra raza* – persona que no se identifica con ninguna de las categorías arriba descritas, se incluyen aquellos de origen Hispano (por ejemplo, puertorriqueño o cubano)

Fecha de Admisión a Tratamiento

Se anotará la fecha en que la persona es admitida, readmitida o ingresada por traslado en el centro de servicio, en el formato indicado previamente de mmm/dd/aaaa. Esta fecha es aquella en donde el participante acepta formalmente un tratamiento de uso de sustancias o de salud mental. Ejemplo: admisión el 1ero de junio de 2020 se documentará JUN/01/2020.

Fecha en que se firmó el convenio

En el caso de los programas de desvío solamente. Se anotará la fecha de firma de convenio en el formato indicado previamente de mmm/dd/aaaa. Ejemplo: Firma de convenio el 1ero de junio de 2020 se documentará JUN/01/2020.

En el caso de los Programas de Corte de Drogas Tribunal y TASC la fecha de admisión debe concordar con la fecha de firma de convenio (FECHA DE ADMISIÓN = FECHA DE FIRMA DE CONVENIO). **NO** debe ser la fecha donde se recibe al participante para ser evaluado o investigado antes de firmar convenio. Si es un Traslado que se está recibiendo, la fecha de admisión debe ser la de recibido en su centro. En este caso la fecha de admisión será posterior a la fecha de convenio.

En el caso de los Programas Residenciales o Ambulatorios de Corte de Drogas que brindan servicios de tratamiento, la fecha de admisión no necesariamente debe concordar con la fecha de firma de convenio. La misma puede ser igual a la fecha de convenio o posterior a la misma. Si es un Traslado que se está recibiendo, la fecha de admisión debe ser la de recibido en su centro. En este caso la fecha de admisión será posterior a la fecha de convenio.

Militar

Si la persona se identifica como militar, seleccionar una de las siguientes:

- *Guardia nacional*
- *Reserva*
- *Retirado*
- *State Guard- unidades militares que operan bajo la autoridad del gobierno estatal.*

Si la persona no es militar, seleccione: **No**

Familiar de Militar

Si la persona es familiar de un militar, seleccione ‘Sí’; de lo contrario marque ‘No’.

Identidad de género

Se refiere a cómo los individuos se perciben y cómo se llaman a sí mismos. La identidad de género de uno puede ser igual o diferente de su sexo asignado al nacer. Esto es por autoinforme, por lo tanto, debe ser lo que el participante indique.

- *Cisgénero*: Una identidad de género que la sociedad considera que coincide con el sexo asignado a la persona al nacer. El prefijo cis- significa "en este lado de" o "no a través". Término utilizado para describir a un individuo cuyo sexo biológico asignado se alinea con su identidad de género binaria esperada (masculino o femenino). Considerado como opuesto a "transgénero".
- *No binario*: El género no binario se aplica a las personas con identidad de género fuera del binarismo de género, dado que su identidad autodesignada no se percibe totalmente masculina o femenina.
- *Transgénero*: Una etiqueta de identidad utilizada para describir a una persona cuya identidad de género no se alinea con la socialmente esperada de acuerdo con su sexo asignado al nacer. Las personas transgénero pueden identificarse como heterosexuales, gays, bisexuales o alguna otra orientación sexual. Sus opciones son de masculino a femenino (M-F) o de femenino a masculino (F-M).
- *Queer*: Una persona cuya identidad de género y / o expresión de género cae fuera de la norma social dominante para su sexo asignado, está más allá de los géneros, o es una combinación de ellos. Esto puede incluir, pero no se limita a gays, lesbianas, bisexuales, transgénero, intersexuales y personas asexuales.
- *Intergénero*: Es una identidad de género fluida en la que el individuo no se identifica con los géneros binarios tradicionales (masculino y femenino). Puede identificarse con una mezcla de masculino y femenino, un género intermedio, masculino o femenino, ninguno de los dos géneros, un tercer género o todos los géneros posibles.
- *Otro*: se identifica con algún otro género.
- *No Informó*: si la persona no sabe o no provee la contestación a esta pregunta.

Orientación sexual

Atracción emocional, romántica o sexual inherente o inmutable hacia otras personas.

- *Heterosexual*: La persona se siente física y emocionalmente atraída por personas de un género distinto al suyo. Es decir, hombres que establecen sus relaciones románticas y sexuales con mujeres o mujeres que establecen sus relaciones románticas y sexuales con hombres.
- *Gay*: La persona se siente física y emocionalmente atraída hacia personas del mismo sexo; a veces reclamada por personas identificadas como hombres que establecen sus relaciones románticas y sexuales primordialmente con otras personas identificadas como hombres.
- *Lesbiana*: Mujer que se siente física y emocionalmente atraída por otras personas identificadas como mujeres.
- *Bisexual*: Persona cuya orientación sexual y afectiva primaria es hacia personas del mismo y otros géneros, o hacia personas independientemente de su género.
- *Pansexual*: Personas que experimentan atracción sexual a través de los espectros de identidad de género, sexo biológico y orientación sexual.
- *Otro*: se identifica con algún otro género.
- *No Informó*: si la persona no sabe o no provee la contestación a esta pregunta.

Tipo de admisión (*aplica a Hospitalizaciones*)

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

- *Voluntaria- paciente*: si el paciente es quien busca ser admitido libre y 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 participante.
- *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 participante 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 participante 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.

Información de Contacto

Indique la información donde se puede conseguir al participante, anote al menos dos números telefónicos y/o dirección de correo electrónico. Esto con el objetivo de poder localizar en caso de que sea necesario ya sea para seguimiento o para encuestas de satisfacción.

Seguro de Salud

Marcar una alternativa indicando el tipo de seguro médico principal del participante. El seguro médico puede o no cubrir tratamiento de salud conductual.

- *No tiene*
- *Plan Privado*
- *Plan de Salud del Gobierno (Medicaid)*
- *Medicare*

Fuente de Pago Primario

Marcar sólo una alternativa indicando la procedencia del pago por los servicios a prestarse por este episodio de tratamiento en el momento de la admisión

- *Pago directo:* Si la persona pagará por los servicios con su propio dinero
- *Plan privado:* Si la persona está cubierta 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 (Medicaid):* Si los servicios que la persona recibirá serán pagados por alguna aseguradora contratada por el gobierno mediante 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 participante
- *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.
- *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.
- *No informó*

Si es una fémina, Embarazada y Número de hijos

Indique si está o no embarazada, y si tiene hijos. Igualmente anote el número de hijos dependientes, aunque no vivan con el participante al momento de la admisión.

- Embarazada con hijos dependientes
- Fémina con hijos dependientes
- Número de hijos: ____.
- Embarazada sin hijos dependientes
- Fémina sin hijos dependientes

Si es varón, Número de hijos

Anotar el número de hijos dependientes, aunque no vivan con el participante al momento de la admisión.

Nombre de la persona que llenó el perfil

Favor de escribir el nombre y apellidos en letra de molde. Asegúrese que está legible.

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

Firma - En original

Fecha - Anotar la fecha (mmm / dd / aaaa) en que se llenó el perfil siguiendo el formato descrito previamente. Ejemplo: Perfil completado el 1ero de junio de 2020 se documentará JUN/01/2020.

Variables del Perfil de Admisión en la Página 2

Condición laboral

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

- *Empleo tiempo parcial:* La persona informa trabajar menos de 35 horas a la semana por paga o ganancias.
- *Empleo tiempo completo:* La persona informa trabajar 35 horas o más a la semana por paga o ganancias.
- *Estudia y trabaja:* La persona informa que trabaja y además está matriculado/a en alguna institución educativa.
- *Desempleado:* La persona informa que no tiene trabajo al momento de la entrevista, que ha estado activamente buscando trabajo en los pasados 30 días y que está disponible para trabajar.
- *No participa de la fuerza laboral:* Personas que no están empleados o que no están activamente buscando empleo. En este caso, seleccione la alternativa que mejor describa la situación de la persona en la próxima pregunta.
- *No informó*

Si no participa de la fuerza laboral

Si la persona declaró que no participa de la fuerza laboral, deberá marcar la alternativa que describa la situación de la persona al momento de completar el perfil (admisión, evaluación o alta).

- *Persona responsable del hogar (ej., ama(o) de casa* - persona que se encarga de las tareas necesarias para el funcionamiento cotidiano de su hogar⁴.
- *Retirado* – persona que está jubilada o retirada

⁴ Oficina de Estadísticas laborales de EE. UU. Departamento del Trabajo de los Estados Unidos. Recuperado de <https://www.bls.gov/opub/btn/volume-4/people-who-are-not-in-the-labor-force-why-arent-they-working.htm>

- *Incapacitado* - La persona fue declarada incapacitada de realizar alguna labor.
- *Estudiante* - La persona estudia.
- *Residente de facilidad institucional* - La persona está en la cárcel o interna en una institución (ej. hospital) y que de otro modo estaría hábil de entrar a la fuerza laboral.
- *Trabajador marginal* - Subconjunto de personas marginalmente unidas a la fuerza laboral, no están en la fuerza laboral que desean, están disponibles para trabajar, y han buscado trabajo en algún momento en los últimos 12 meses, pero no fueron contados como desempleados porque no habían buscado trabajo en las 4 semanas precedente a la admisión. Los trabajadores marginados actualmente no buscaban trabajo específico porque creían que no había trabajo disponible para ellos o que no había ninguno para el que pudieran calificar.⁵ Los participantes que lleven a cabo actividades que le generen un ingreso dentro de la economía informal produciendo un bien lícito (Ej. Chivos, chiripas) se contabilizarán en este renglón.
- *Otros* = Si la razón por la cual no pertenece a la fuerza laboral no corresponde a las mencionadas anteriormente.
- *No informó*

Educación

Este campo indica a) el grado más alto completado para adultos o menores que no estén asistiendo a la escuela, o b) el grado escolar actual al que estén asistiendo aquellos estudiantes en edad escolar (3-18 años) o hasta 21 años para adultos jóvenes de educación especial.

- *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 o está recibiendo educación pre-escolar o el Pre-kínder.
- *Kindergarten* =. Si la persona (o su encargado) informa que ha completado el grado conocido como Kindergarten.
- *Primero* = Si la persona (o su encargado) informa que está cursando o ha completado el primer grado de escuela elemental.
- *Segundo* = Si la persona (o su encargado) informa que está cursando o ha completado el segundo grado de escuela elemental.
- *Tercero* = Si la persona (o su encargado) informa que está cursando o ha completado el tercer grado de escuela elemental.
- *Cuarto* = Si la persona (o su encargado) informa que está cursando o ha completado el cuarto grado de escuela elemental.
- *Quinto* = Si la persona (o su encargado) informa que está cursando o ha completado el quinto grado de escuela elemental.

⁵ Oficina de Estadísticas laborales de EE. UU. Departamento del Trabajo de los Estados Unidos. Recuperado de <https://www.bls.gov/cps/lfcharacteristics.htm#unemp>

- *Sexto* = Si la persona (o su encargado) informa que está cursando o ha completado el sexto grado de escuela elemental.
- *Séptimo* = Si la persona (o su encargado) informa que está cursando o ha completado el séptimo grado.
- *Octavo* = Si la persona (o su encargado) informa que está cursando o ha completado el octavo grado.
- *Noveno* = Si la persona (o su encargado) informa que está cursando o ha completado el noveno grado.
- *Décimo* = Si la persona (o su encargado) informa que está cursando o ha completado el décimo grado.
- *Undécimo* = Si la persona (o su encargado) informa que está cursando o ha completado el undécimo grado.
- *Duodécimo* = Si la persona (o su encargado) informa que está cursando el duodécimo grado.
- *Diploma de escuela superior*= Si la persona ha completado el duodécimo grado.
- *Créditos Universitarios* = Si la persona estuvo en la universidad, pero no completó ningún grado.
- *Escuela Técnica o Vocacional* = Si la persona completó un curso técnico vocacional, incluyendo los cursos ofrecidos en los programas vocacionales en escuelas superiores. Estos cursos capacitan a los estudiantes para una variedad de trabajos calificados con conocimientos tecnológicos en alguna carrera técnica tales como técnico automotriz, asistente médico, peluquero, técnico electrónico, etc.
- *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.
- *Salón Contenido/ Educación especial* – Si la persona estaba en salón contenido o algún programa de educación especial.
- *No informó*

¿Ha recibido o está recibiendo Educación Especial?

- *Sí:* si la persona ha recibido en algún momento o recibe servicios de educación especial.
- *No:* si la persona no ha recibido servicios de educación especial en ningún momento.
- *No informó.*

Desertor escolar

- *Sí:* ✓ el participante tiene 18 años o menos y abandonó el sistema escolar
 - ✓ el participante es mayor de 18 años, pero no terminó el cuarto año
 - ✓ el participante es de educación especial, tiene 21 años o menos y abandonó el sistema escolar.
- *No:* el participante no ha abandonado el sistema escolar.
- *No informó.*

Situación escolar al momento de admisión

Especificar la situación escolar de los participantes en edad escolar (3 a 18 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 participantes 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.

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 participante esté matriculado en alguno de los siguientes niveles: preescolar, 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.

¿Con quién vive la persona?

Marcar todas las alternativas que apliquen que mejor describan la situación de la persona:

- *Vive solo:* Participantes que viven en hogar compuesto por una sola persona (solamente el participante).
- *Ambos Padres:* Participante que 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 con al menos un hijo o hija.
- *Abuelo(a):* Si el abuelo(a) de la persona vive bajo su mismo techo.

- *Esposo(a) o compañero(a)*: 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, Hogar, amigos, etc.
- *No informó*: Si la persona no proveyó la información.

Tamaño familiar

Indique el número de personas que componen el hogar y viven bajo el mismo techo (incluyendo la persona que está siendo admitida a tratamiento). Si reside en un hogar u otra institución marque uno (1).

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 / Seguro Social*: Si la persona es retirada 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*: el ingreso proviene de pensión alimentaria
- *Pensión de Veteranos*: el ingreso proviene de pensión de veterano.
- *Ayuda de Familiares*: el 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.
- *Otros*: Si la fuente de ingresos no se menciona anteriormente.
- *Ninguno*: Si no recibe ningún tipo de ingreso al momento de completar el perfil.
- *No informó*: Si la persona no ofrece la información.

Residencia

Seleccionar la alternativa que mejor describa la situación residencial al momento en que se completa el perfil (sea admisión, evaluación o alta). Marcar solamente una.

- *Propia (de los padres si es menor)*: Si la persona es un 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 un 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-* Si la persona reside en una vivienda para personas de bajos ingresos, subvencionadas por fondos públicos.
- *Familiares* - Si la persona reside con familiares.
- *Amigos* - Si la persona reside con amistades.
- *Institución residencial*– facilidad de cuidado residencial
- *Hogar Grupal, Orfanato* - Proveen cuidados a niños cuyos familiares son incapaces de cuidar de ellos.
- *Institución Correccional* – El individuo reside en la cárcel y/o una facilidad correccional
- *Hogar de crianza* - Hogar que garantiza el bienestar de los niños/as y adolescentes que por alguna razón han sido expuestos a situaciones de maltrato, abuso, abandono o incapacidad de los padres o tutores.
- *Hogar sustituto* - proveen cuidados, atención y seguridad a menores bajo contrato con el Departamento de la Familia (DF).
- *Hogar transicional* - proveen servicios de recuperación residencial a participantes con trastornos de salud mental, incluye los hogares grupales, sustitutos, geriátricos, y prolongados.
- *Facilidad de tratamiento residencial para menores* –Si el menor reside en una facilidad que provee servicios de tratamiento integrado de salud mental a niños y jóvenes gravemente perturbados emocionalmente (SED) que incluye cuidado residencial.
- *Institucionalizado (Hospital)* - Institución que provee cuidado 24/7, incluye hospital de psiquiatría, etc.
- *Sin Hogar (Deambulante)*- personas que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada, lo que significa: (i) Tiene una residencia nocturna primaria que es un lugar público o privado no destinado a la vivienda humana; (ii) Vive en un refugio de gestión pública o privada designado para proporcionar arreglos de vida temporal (incluyendo refugios congregados, viviendas de transición y hoteles y moteles pagados por organizaciones benéficas o por organizaciones federales, estatales y locales programas gubernamentales); o (iii) Está saliendo de una institución donde ha residido durante 90 días o menos y que reside en un refugio de emergencia o lugar no destinado a la vivienda humana inmediatamente antes de entrar en esa institución.⁶
- *No informó*

Tiempo en residencia

⁶ Definición de Persona sin Hogar tomada del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos. Recuperada de <https://files.hudexchange.info/resources/documents/HomelessDefinitionRecordkeepingRequirementsandCriteria.pdf>

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

- *0-1 días* – si la persona lleva 1 día o menos 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 91 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 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
- *No informó*

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.

Variables del Perfil de Admisión en la Página 3

Etapa de Servicio

Marcar sólo una alternativa

- *Admisión* - La admisión se define como el día en que el participante recibe su primer servicio o tratamiento directo en el centro de servicio.
- *Readmisión* – Si la persona fue dada de alta y admitida nuevamente en el centro
- *Traslado* – Si la persona llega al centro como un traslado de otro centro

Indicar Tipo de Servicio/Lugar de Tratamiento

(Marque solo una opción, la que aplique a este evento o episodio; la misma tiene que estar relacionada al centro o unidad de servicio donde estará recibiendo la prestación de servicios)

NIVEL DE CUIDADO DE SUSTANCIAS:

- *Ambulatorio* - Servicio de tratamiento que no incluye reclusión. Estos servicios incluyen terapia familiar, grupal o individual; puede incluir terapia farmacológica (Similar a ASAM nivel I, en algunos casos se añade y/o especifica el tipo de fondo bajo el cual opera el programa, en ese caso, seleccione el que aplique).
- *Ambulatorio Intensivo*- Servicio de tratamiento que, sin incluir reclusión, tiene una duración de al menos dos o más horas por día por tres o más días a la semana (Similar a ASAM nivel II).
- *Ambulatorio con Metadona* - Servicio de tratamiento en el cual se utiliza metadona para inhibir los efectos de la dependencia a opioides.
- *Charla socioeducativa* = Orientación que se brinda a los conductores bajo Ley 22
- *Desintoxicación Alcohol (ambulatorio)* - Servicios de tratamiento ambulatorio que brindan un retiro seguro del alcohol en un entorno ambulatorio.
- *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.
- *Desintoxicación sustancias (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 sustancias (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.
- *Desvío* - Programa en el que se atienden a personas acusadas de delitos relacionados con el uso de sustancias controladas y alcohol, cuyo objetivo es ofrecer alternativas al encarcelamiento.
- *Estadía Prolongada Alcohol*- Tratamiento psicosocial intensivo, monitoreado médicalemente, con cuidado de enfermería, observación y actividades terapéuticas en un ambiente controlado para que el participante pueda aceptar el problema de alcohol y asumir responsabilidades hacia su recuperación.
- *Estadía Prolongada Sustancias*- Tratamiento psicosocial intensivo, monitoreado médicalemente, con cuidado de enfermería, observación y actividades terapéuticas en un ambiente controlado para que el participante pueda aceptar el problema de sustancias y asumir responsabilidades hacia su recuperación.
- *Evaluación Alcohol* - Servicio en el cual se evalúa la condición de uso y dependencia de alcohol de la persona para ubicarla en el nivel de cuidado adecuado de tratamiento.
- *Hospitalización parcial* – Modalidad de tratamiento menos restrictivo que el residencial para acomodar a participantes cuyo tratamiento de sustancias ya no requiere atención intensiva.

- *Panel de Impacto* - servicios que se ofrecen para concientizar a los participantes de Ley 22 sobre el proceso por el que atraviesan las víctimas y sobrevivientes de accidentes automovilísticos donde los conductores estaban bajo las influencias del alcohol.
- *Tratamiento Residencial* - Servicios médicos las 24 horas del día en una facilidad residencial, en conjunto con servicios de tratamiento para la adicción al alcohol o a otras drogas.
- *No aplica* (si el episodio es de salud mental)
- Se provee espacio para documentar niveles de cuidado nuevos que no estén en listado en el área especificada como "**Solo para uso oficial**".

NOTA: ASAM es la Sociedad Americana para la Medicina de la Adicción, por sus siglas en inglés, que se dedica a aumentar el acceso y mejorar la calidad del tratamiento de la adicción, educar a los médicos y al público, apoyar la investigación y la prevención, y promover el papel apropiado de los médicos en la atención de participantes con adicción. Los criterios de ASAM describen el tratamiento en 5 niveles que proporcionan una nomenclatura estándar para describir la continuidad de los servicios de adicción orientados a la recuperación.

Días de espera para entrar al programa y/o tratamiento

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

¿Usa medicamento como parte de su tratamiento contra la dependencia de opioides?

Indique si utiliza medicamentos contra la dependencia de opioides, tales como metadona o buprenorfina, como parte del plan de tratamiento del participante. Aquellos participantes de los centros CTIAM, tienen que marcar metadona en el encasillado correspondiente.

En los perfiles de salud mental, este campo es opcional y solo será reportado para participantes con trastorno concurrente, y que utilicen terapia asistida con medicamentos. Es decir, si la persona recibe metadona y es admitido a tratamiento de salud mental, la respuesta a esta pregunta debe ser “metadona”, y en el campo de trastorno concurrente debe tener un “sí” como respuesta.

Ejemplo: Para un participante de un centro de metadona que requiera admisión a un Hospital Psiquiátrico, la respuesta a esta pregunta debe ser “Metadona” y en trastorno concurrente debe contestar que “sí”.

¿Codependiente?

Una persona es codependiente si no tiene problemas de sustancias, 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). Esta persona entonces pudiera requerir tratamiento como participante; en este momento el único programa de ASSMCA que está brindando este tipo de servicio es el de Jugadores Compulsivos que deberá marcar SI como opción, los demás programas seleccionaran No como alternativa.

NIVEL DE CUIDADO DE SALUD MENTAL

Niveles de Cuidado de los Centros de Recuperación:

(A) Servicios Ambulatorios

- *Recuperación Ambulatorio* – Servicios enfocados en lograr que las personas con trastornos de salud mental puedan alcanzar la reintegración a la comunidad, fomentando el autocuidado y el bienestar.
- *Recuperación Ambulatoria/Condiciones Físicas* - servicios ambulatorios de recuperación de salud mental a personas con condiciones físicas en los Servicios Transicionales.
- *Recuperación Cuidado Prolongado Ambulatorio* - servicios ambulatorios de recuperación de salud mental a personas en los Servicios Transicionales Prolongado.
- *Recuperación Forense Ambulatorio*- ofrecen un tratamiento ambulatorio en recuperación a la población con trastornos de salud mental en los hospitales forense.
- *Recuperación Geriátrica Ambulatoria* – servicios ambulatorios a personas de la tercera edad con trastornos de salud mental en los Servicios Transicionales Geriátricos.
- *Recuperación Transicional* – ofrece servicios ambulatorios con un enfoque en la recuperación de salud mental de los participantes de los Servicios Transicionales.
- *Recuperación Transicional a Vida Independiente* - ofrece servicios ambulatorios de recuperación a la población con trastornos de salud mental en los Servicios Transicionales a la Vida Independiente.

(B) Servicios No-ambulatorios

- *Recuperación /Condiciones Físicas Severas*- Servicios de recuperación residencial a personas con trastornos de salud mental y condiciones físicas en los Servicios Transicionales.
- *Recuperación Cuidado Prolongado Severo* - servicios de recuperación residencial de salud mental a personas en los Servicios Transicionales Prolongado con condición severa.
- *Recuperación Cuidado Terapéutico (Sintomatología)* - Servicios de recuperación residencial a personas con trastornos de salud mental con sintomatología persistente en los Servicios Transicionales de Cuidado Terapéutico.
- *Recuperación Geriátrica* - Servicios de recuperación residencial a personas de la tercera edad con trastornos de salud mental en los Servicios Transicionales Geriátricos.

Se provee espacio para documentar el nombre del hogar para los participantes de los Programas de Recuperación Transicional Residencial.

Niveles de Cuidado de otros Centros de Salud Mental:

- *Ambulatorio* – Proporcionan tratamiento ambulatorio para la recuperación de cualquier trastorno de salud mental conforme a las necesidades del participante, ya sean adultos, niños o adolescentes. (En algunos casos se añade y/o especifica el tipo de fondo bajo el cual opera el programa, en ese caso, seleccione el que aplique).
- *Ambulatorio Intensivo* – Servicio de tratamiento para condiciones de salud mental ofrecido por un equipo de tratamiento multidisciplinario que proporciona un entorno seguro para prevenir situaciones de crisis, sin ir al hospital. (En algunos casos se añade y/o especifica el tipo de fondo bajo el cual opera el programa, en ese caso, seleccione el que aplique).
- *Centro de Recuperación a Vida Independiente (CRVI)* - Provee experiencias estructuradas dirigidas al tratamiento en recuperación en diferentes niveles de funcionamiento y supervisión.
- *Centro Transicional a Vida Independiente* – Servicios para facilitar recuperación y vida saludable en la comunidad.
- *Clínicas ambulatorias* - Servicio de tratamiento para condiciones de salud mental, que no incluye reclusión, donde los participantes obtienen servicios terapéuticos de una variedad de profesionales de salud mental.
- *Evaluación Interdisciplinaria* – Servicios a empleados referidos por presentar dificultades en la ejecución de sus funciones laborales debido a algún trastorno mental o situación laboral.
- *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 siquiatrásicas que impiden un procesamiento judicial.
- *Recuperación Ambulatorio Especializado* - Servicios centrados en la recuperación que integran cuidado médico con otros servicios como psicoterapia y consejería.
- *Recuperación Integrado Ambulatorio* – ofrece tratamiento en recuperación integrando diferentes prácticas basadas en la evidencia.
- *Recuperación Tratamiento Integrado* – Servicios de recuperación que integran cuidado médico con otros servicios como psicoterapia y consejería.
- *Servicios de Apoyo a la Comunidad* - Apoyo a participantes de salud mental en el proceso de transición de reintegración a la comunidad. (En algunos casos se añade y/o especifica el tipo de fondo bajo el cual opera el programa, en ese caso, seleccione el que aplique).
- *Tratamiento Asistido en la Comunidad* - servicios ambulatorios supervisados en la comunidad que facilita la estabilización de personas con trastornos de salud mental. (En algunos casos se añade y/o especifica el tipo de fondo bajo el cual opera el programa, en ese caso, seleccione el que aplique).
- *Tratamiento Residencial* - Provee servicios a la población que necesita continuar su proceso de recuperación en un escenario estructurado.
- *No aplica* (si el episodio es de uso de sustancias)

- Se provee espacio para documentar niveles de cuidado nuevos que no estén en listado en el área especificada como “**Solo para uso oficial**”

Días de espera para entrar al programa y/o tratamiento

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.
Seleccione solo uno, el que aplique al servicio que está solicitando

<i>Autoreferido</i>	<i>Programa Privado de Salud Mental</i>
<i>Proveedor de servicio de Salud Mental</i>	<i>Instituciones Juveniles</i>
<i>Proveedor de Salud</i>	<i>Alcance comunitario</i>
<i>Departamento de Educación</i>	<i>Sala de Emergencia</i>
<i>Sistema de Justicia Criminal</i> (incluye referidos de la corte, probatoria, prisión, manejar bajo los efectos del alcohol [DUI/DWI], etc.)	<i>Clínico en práctica privada</i>
<i>Administración de Tribunales</i>	<i>Hospital de Psiquiatría General</i>
<i>Otros programas de ASSMCA</i>	<i>Hospital de Psiquiatría Forense</i>
<i>Departamento de Justicia</i>	<i>Hospital Psiquiátrico Privado</i>
<i>Departamento de la Familia</i>	<i>Hospital Privado de salud física</i>
<i>Departamento de Salud</i>	<i>Policía</i>
<i>Adm. de Rehabilitación Vocacional</i>	<i>Patrón o empresa privada</i>
<i>OATRH (Oficina de Administración y Transformación de los Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico, previamente OCALARH)</i>	<i>Hospital de Veteranos</i>
<i>Comunidad</i>	<i>Abogado privado</i>
<i>Plan de salud del gobierno</i>	<i>Organizaciones de base de fe</i>
<i>Centro para tx de uso de sustancias</i>	<i>Otras organizaciones de base comunitaria</i>
	<i>Familiares o amigos</i>
	<i>Centro transicional a vida independiente</i>
	<i>Otro(s)</i>
	<i>No hay información</i>
	<i>No aplica</i>

Estado legal del referido

(Si es referido por Tribunales o Justicia Criminal, seleccione solo una)

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*”. En caso de que sea admitido al programa TASC, se entiende que el mismo es el referido, por tanto, no le aparecerá la alternativa para seleccionar una opción.

- Encarcelado
- Drug Court (247.1)
- Drug Court (404)
- Drug Court (404B)
- Drug Court Juvenil
- Drug Court (247.2)
- Ley 22 (2000, de vehículos y transito)
- Ley 30 (1999, Detección de sustancias controladas en los municipios)
- Ley 54 (1989, violencia doméstica)
- Ley 67 (1993, salud mental y contra la adicción)
- Ley 78 (1997, prueba de drogas en el gobierno)
- Ley 59 (1997, prueba de drogas en empleo privado)
- Ley 408 (2000, Ley de salud mental de PR)

- Ley 146 (2012, Código Penal, Encarcelamiento)
- Regla 240 (capacidad mental de acusado)
- Regla 241 (Imposición medidas de seguridad a imputado con discapacidad mental)
- Probatoria (Ley 259, 1946)
- TASC
- TASC Juvenil
- Ley 246 (2011, Ley para la seguridad, bienestar y protección de menores)
- Ley 88 (1986, ley de menores de Puerto Rico)
- Otro
- No Información
- No aplica (No intervenido por la justicia)

¿Ha sido arrestado alguna vez en su vida?

(Incluya también cualquier arresto ocurrido en los últimos 30 días)

- Sí
- No

¿Ha sido arrestado durante los pasados 30 días?

(Previo al día en que se llena el perfil de admisión, evaluación o alta)

- 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 al día en que se llena el perfil (ej. día de admisión, evaluación o alta). Es necesario incluir todo arresto por cualquier causa, aunque no haya sido encarcelado o no se le hayan radicado cargos criminales.

Variables del Perfil de Admisión en la Página 4

Problemas con la Justicia / Faltas cometidas

Se refiere a la falta o delito que trajo como consecuencia el inicio de este episodio de tratamiento. Marque todas las que aplique.

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

¿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 condición, marcar “*Ningún Diagnóstico*”.

- *Asma*
- *Alzheimer*
- *Cáncer*
- *Ceguera*
- *Diabetes*
- *Enfermedad Cardiovascular (corazón)*
- *Enfermedad cerebro-vascular*
- *Enfermedad de transmisión sexual*
- *Enfermedad Renal*
- *Epilepsia*
- *Hepatitis A*
- *Hepatitis B*
- *Hepatitis C*
- *Hepatitis (tipo desconocido)*
- *Hipertensión*
- *Hipoglucemia (y otros desordenes de secreción interna del páncreas)*
- *Persona viviendo con VIH*
- *Persona viviendo con SIDA*
- *Síndromes metabólicos (ej. hiperlipidemia)*
- *Trastornos asociados a la tiroides*
- *Tuberculosis*
- *Sordera*
- *Otro impedimento físico*
- *Otro diagnóstico*
- *Ningún Diagnóstico*

Información de episodios previos o concurrente de cualquier servicio de tratamiento por uso de sustancias (Incluya los servicios previos de tratamiento ya sean públicos o privados)

Numero de tratamientos (Episodios) que ha recibido anterior o concurrentemente por uso de sustancias

Este campo evalúa el historial de tratamiento por uso de sustancias del participante.

En los perfiles de salud mental, este campo es opcional y solo será reportado si el participante ha tenido historial de tratamiento de uso de sustancias, en cuyo caso marcará que “si” en la variable de diagnóstico concurrente.

Seleccione la alternativa que describa el número de tratamientos por uso de sustancias que la persona ha recibido anteriormente.

- Ninguno = Si nunca ha recibido tratamiento anteriormente
- Desde 1 hasta 4= cantidad de episodios de tratamiento recibidos antes del episodio actual
- 5 o más = Si ha tenido cinco o más episodios de tratamiento previo al episodio actual
- *No informó* = ha recibido tratamiento anteriormente, pero desconoce esta información

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.
- *No información*

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 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 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 uso de sustancias.

- *Ambulatorio* - Servicio que no incluye reclusión que incluyen terapia familiar, grupal o individual; puede incluir terapia farmacológica (Similar a ASAM nivel I).
- *Ambulatorio Intensivo*- Servicio que, sin incluir reclusión, tiene una duración de al menos dos o más horas por día por tres o más días a la semana (Similar a ASAM nivel II).
- *Ambulatorio con Metadona* - Servicio de tratamiento en el cual se utiliza metadona para inhibir los efectos de la dependencia a opioides.
- *Charla socioeducativa* = Orientación que se brinda a los conductores bajo Ley 22
- *Desintoxicación Alcohol (ambulatorio)* - Servicios de tratamiento ambulatorio que brindan un retiro seguro del alcohol en un entorno ambulatorio.
- *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.
- *Desintoxicación sustancias (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 sustancias (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.
- *Desvío* - Programa en el que se atienden a personas acusadas de delitos relacionados con el uso de sustancias controladas y alcohol, cuyo objetivo es ofrecer alternativas al encarcelamiento.

- *Estadía Prolongada Alcohol*- Tratamiento psicosocial intensivo, monitoreado médicaamente con actividades terapéuticas en un ambiente controlado para que el participante pueda aceptar el problema de alcohol y asumir responsabilidades hacia su recuperación.
- *Estadía Prolongada Sustancias*- Tratamiento psicosocial intensivo, monitoreado médicaamente con actividades terapéuticas en un ambiente controlado para que el participante pueda aceptar el problema de sustancias y asumir responsabilidades hacia su recuperación.
- *Evaluación Alcohol* - Servicio en el cual se evalúa la condición de uso y dependencia de alcohol de la persona para ubicarla en el nivel de cuidado adecuado de tratamiento.
- *Evaluación Drogas* - Servicio en el cual se evalúa la condición de uso y dependencia de sustancias de la persona para ubicarla en el nivel de cuidado adecuado de tratamiento.
- *Hospitalización* - Tratamiento de sustancias restrictivo con atención médica durante el proceso de recuperación.
- *Hospitalización parcial* – Modalidad de tratamiento menos restrictivo que el residencial para acomodar a participantes cuyo tratamiento de sustancias ya no requiere atención intensiva.
- *Panel de Impacto* - servicios que se ofrecen para concientizar a los participantes de Ley 22 sobre el proceso por el que atraviesan las víctimas y sobrevivientes de accidentes automovilísticos donde los conductores estaban bajo las influencias del alcohol.
- *Tratamiento Residencial* - Servicios médicos las 24 horas del día en una facilidad residencial, en conjunto con servicios de tratamiento para la adicción al alcohol o a otras drogas.
- *No informó* – Desconoce la información
- *Otro*- Cualquier otro servicio que no se encuentre en el listado

Información de episodios previos o concurrente de cualquier servicio de tratamiento por Salud Mental (Incluya los servicios previos de tratamiento ya sean públicos o privados)

Número de tratamientos (Episodios) de tratamiento que ha recibido anterior o concurrentemente 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
- Desde 1 hasta 4 = cantidad de episodios de tratamiento antes del episodio actual
- 5 o más = Si ha tenido cinco o más episodios de tratamiento previo al episodio actual
- No informó

Duración del último episodio de tratamiento de salud mental

- *Menos de un mes* = Si el último tratamiento recibido duró no más 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.
- *No información* = Si la persona ha recibido tratamiento anteriormente, pero se desconoce esta información

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, seleccione la alternativa que describa la modalidad de ese episodio de tratamiento de uso de sustancias.

- *Ambulatorio* – Proporcionan tratamiento ambulatorio para la recuperación de cualquier trastorno de salud mental conforme a las necesidades del participante, ya sean adultos, niños o adolescentes.
- *Ambulatorio Intensivo* – Servicio multidisciplinario para condiciones de salud mental que proporciona un entorno seguro para prevenir situaciones de crisis, sin ir al hospital.
- *Centro de Recuperación* – Capacitan a los participantes para que desarrollen, adquieran y fortalezcan las destrezas necesarias para su vida en comunidad.
- *Centro de Recuperación a Vida Independiente (CRVI)* - Provee experiencias estructuradas dirigidas al tratamiento en recuperación en diferentes niveles de funcionamiento y supervisión.
- *Centro Transicional a Vida Independiente* – Servicios para facilitar recuperación y vida saludable en la comunidad.
- *Clínicas ambulatorias* - Servicio que no incluye reclusión, donde los participantes obtienen servicios terapéuticos de una variedad de profesionales de salud mental.
- *Evaluación Interdisciplinaria* – Servicio que se ofrece a empleados referidos por presentar dificultades en la ejecución de sus funciones laborales debido a algún trastorno mental o situación laboral.
- *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.
- *Hospitalización Parcial*- opción menos restrictiva para el cuidado de salud mental.
- *Recuperación Ambulatorio* – Servicios a personas con trastornos de salud mental tal que puedan alcanzar la reintegración a la comunidad, fomentando el auto cuidado y el bienestar.
- *Recuperación Ambulatorio Especializado* - Servicios centrados en la recuperación que integran cuidado médico con otros servicios como psicoterapia y consejería.
- *Recuperación Integrado Ambulatorio* – ofrece tratamiento en recuperación integrando diferentes prácticas basadas en la evidencia.
- *Recuperación No-ambulatoria (de Cuidado Prolongado/Condiciones Físicas Severas)*- Servicios de recuperación residencial a personas con trastornos de salud mental severas y/o condiciones físicas severas en los Servicios Transicionales.
- *Recuperación Transicional* – ofrece servicios ambulatorios con un enfoque en la recuperación de salud mental de los participantes de los Servicios Transicionales.
- *Recuperación Transicional a Vida Independiente* - ofrece servicios ambulatorios de recuperación a la población con trastornos de salud mental en los Servicios Transicionales a la Vida Independiente.
- *Recuperación Tratamiento Integrado* – Servicios de recuperación que integran cuidado médico con otros servicios como psicoterapia y consejería.
- *Servicios de Apoyo a la Comunidad* - Apoyo a participantes de salud mental en el proceso de transición de reintegración a la comunidad. (En algunos casos se añade y/o especifica el tipo de fondo bajo el cual opera el programa, en ese caso, seleccione el que aplique).
- *Tratamiento Asistido en la Comunidad* - servicios ambulatorios supervisados en la comunidad que facilita la estabilización de personas con trastornos de salud mental. (En algunos casos se añade y/o especifica el tipo de fondo bajo el cual opera el programa, en ese caso, seleccione el que aplique).
- *Tratamiento Residencial* - Provee servicios a la población que necesita continuar su proceso de recuperación en un escenario estructurado.
- *No informó* – Desconoce la información
- *Otro*- Cualquier otro servicio que no se encuentre en el listado

Variables del Perfil de Admisión en la Página 5

¿Existe historial de ideas suicidas?

Marcar la alternativa que aplique

- *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

Maltrato es todo acto u omisión intencional en el que incurre el padre, la madre o persona responsable del menor de tal naturaleza que ocasione o ponga a éste 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 y/o la utilización de un menor para ejecutar 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 al 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 han incurrido en la conducta descrita o ha incurrido en conducta constitutiva de violencia doméstica en presencia de los menores, según definido en la Ley 54-1989 - *'Ley para la Prevención e Intervención con la Violencia Doméstica'*, según enmendada. (Ley Núm. 246 del año 2011 - *"Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores"*).

Nota: En el caso de menores, puede utilizar información disponible del expediente clínico relacionada a historial de maltrato.

Indique el tipo de maltrato

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

- *Negligencia* – 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 Núm. 246 del año 2011 - “*Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores*”).
 - *Mental o Emocional*- 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 que manifieste la vulnerabilidad de un menor en el aspecto emocional. (Ley Núm. 246 del año 2011 - “Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores”).

- *Físico*- 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. (Ley Núm. 246 del año 2011 - “Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores”).
- *Abuso sexual*-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, configuraría cualesquiera de los siguientes delitos: agresión sexual, actos lascivos, comercio de personas para actos sexuales, exposiciones obscenas, proposición obscena, producción de pornografía infantil, posesión y distribución de pornografía infantil, utilización de un menor para pornografía infantil; envío, transportación, venta, distribución, publicación, exhibición o posesión de material obsceno y espectáculos obscenos según han sido tipificados en el Código Penal de Puerto Rico (Ley Núm. 246 del año 2011 - “Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores”).
- *Explotación o Trata Humana* - aquella conducta que resulte en la explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos (Ley Núm. 246 del año 2011 - “Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores”).
- *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 Núm. 246 del año 2011 - “Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores”)

¿Ha sido víctima de violencia doméstica?

Violencia doméstica significa un patrón de conducta constante de empleo de fuerza física o violencia psicológica, intimidación o persecución contra una persona por parte de su cónyuge, ex cónyuge, una persona con quien cohabita o haya cohabitado, con quien sostiene o haya sostenido una relación consensual o una persona con quien se haya procreado una hija o hijo, para causarle daño físico a su persona, sus bienes o a la persona de otro o para causarle grave daño emocional (Ley 54, 15 de agosto de 1989 – ‘*Ley para la Prevención e Intervención con la Violencia Doméstica*’).

Marcar la alternativa que corresponda:

- Sí - No - No recuerda - No informó

¿Cuántas veces ha participado en reuniones de grupos de apoyo o autoayuda enfocados en la recuperación de uso de sustancias durante los pasados 30 días?

(Ej. Alcohólicos anónimos, narcóticos anónimos, etc.)

Seleccionar una de las siguientes de acuerdo con la información ofrecida por el participante:

- *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 o 3 veces semanales)*
 - *16-30 veces durante el pasado mes (4 o más veces por semana)*
 - *Ha asistido durante el pasado mes, pero se desconoce cuánto*
 - *No informó*

En los perfiles de salud mental, este campo es opcional y si el participante ha participado en grupos de autoayuda como apoyo a la recuperación de uso de sustancias, incluyendo alcohol, en los últimos 30 días, entonces marcará “sí” en la variable de trastorno concurrente.

Diagnósticos del DSM-5/ICD-10

Al participante se le realizará una evaluación que brindará el código de DSM-5/ICD-10 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, ya sea para salud mental o uso de sustancias. SOLO ANOTARA UN DIAGNOSTICO POR ENCASILLADO. De tener diagnósticos adicionales puede anotarlos en la sección de comentarios. El listado de diagnósticos en SEPS se amplió e incluye diagnósticos de determinantes sociales de la salud (códigos Z55-Z65 y Z75 del ICD-10).

En el caso de que un participante de un programa de salud mental reporte un diagnóstico de sustancias, entonces deberá marcar “si” en la variable de diagnóstico concurrente. De igual

manera, si un participante de un programa de sustancias reporta un diagnóstico de salud mental, entonces deberá marcar “si” en la variable de diagnóstico concurrente.

Comentarios: En este espacio anote en letra de molde comentarios según sea necesario.

Medida de Funcionamiento Global (GAF, por sus siglas en inglés): El perfil provee espacio para anotar el GAF, aunque no es requerido por el DSM-5. El GAF evalúa el funcionamiento global de los participantes de salud mental. En caso de que un programa de sustancias requiera la documentación del GAF, el mismo debe ser anotado en el área de comentarios ya que todo participante que tenga un valor registrado en el GAF será contado como un participante de salud mental, o sea que, si es de sustancias con un GAF, entonces se entenderá que tiene un trastorno concurrente. En caso de contestar debe anotar un valor entre **0-100**.

Otras observaciones: En este espacio anote en letra de molde alguna otra observación que se entienda es necesaria.

Trastorno concurrente

Marcar la alternativa adecuada.

- *Sí: El participante tiene problemas de uso de sustancia(s) y también de salud mental*
- *No: El participante solo tiene problemas de uso de sustancia(s) o de salud mental*

Ejemplos:

Sí es un trastorno concurrente:

- Cuando además de un problema de sustancias, tiene un diagnóstico de condición de salud mental, y viceversa.

No es un trastorno concurrente:

- Cuando la persona tiene problema de uso de droga(s) y alcohol, ya que ambos son problemas de sustancias.
- Cuando la persona tiene un diagnóstico de depresión y esquizofrenia, ya que ambos son condiciones de salud mental.

Para que sea un trastorno concurrente:

En el perfil del participante que recibe servicios de Salud Mental debe tener documentado al menos una de las siguientes variables relacionadas a uso de sustancias:

- Uso de medicamentos como parte del tratamiento contra la dependencia de opioides
- Episodios anteriores de cualquier servicio de tratamiento de uso de sustancias
- Participación en reuniones de grupos de apoyo o autoayuda enfocados en la recuperación de uso de sustancias durante los pasados 30 días
- Diagnósticos de uso de sustancias
- Campos relacionados a utilización de sustancias

En el perfil del participante que recibe servicios de Sustancias debe tener documentado al menos una de las siguientes variables relacionadas a salud mental:

- Diagnósticos de salud mental
- CGAS o GAF

Utilización de tabaco o cigarrillo

Indique si ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida. Si la respuesta es afirmativa, el participante indicará si actualmente fuma cigarrillos o tabaco todos los días, algunos días o si actualmente no está fumando. Si fuma actualmente, indique cuantos cigarrillos en promedio fuma en un solo día.

Nombre del clínico a cargo de la evaluación

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

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

Firma - En original

Fecha - Anotar la fecha (mes/día/año) en que se otorga el diagnóstico. Se sugiere utilizar el formato indicado previamente de mmm/dd/aaaa. Ejemplo: Firma fechada el 1ero de junio de 2020 se documentará JUN/01/2020.

Variables del Perfil de Admisión en la Página 6

Tipo de droga utilizada actualmente

(Problema primario, secundario y/o terciario de utilización de sustancias actual)

En este espacio se recopila información referente al **uso indebido de drogas**, es decir, al uso de una sustancia para un propósito que no es consistente con las pautas legales o médicas. Esto podría significar tomar más de lo que se prescribe, o tomar un medicamento que no se le recetó.

Si esta sección es documentada en un perfil de un participante de salud mental, entonces en la variable de diagnóstico concurrente deberá tener marcado “si”.

Indique las sustancias que constituyen el problema primario, secundario o terciario clasificadas según el orden de uso (**marcar solamente 1 por columna**). No necesariamente representa el orden en que la persona comenzó a usar cada sustancia. En el perfil y en el sistema SEPS aparecen en orden alfabético.

Alucinógenos

- Marihuana/Hachís
- Alucinógenos

Estimulantes

- Cocaína
- Crack

- PCP (fenciclidina, polvo de ángel)
- Inhalantes (pega, aerosol, etc.)

Opiáceos y Opioides

- Heroína
- Fentanilo
- Speedball (Heroína + Cocaína)
- Marihuana + Heroína
- Percocet
- Codeina Demerol
- Darvon Dilaudid
- Oxycontin Morfina
- Tramadol Otros opiáceos y opioides

Sedantes

- Anestesia de caballo (*Xylazine*)
- Barbitúricos
- Benzodiacepinas
- Sedantes
- Xanax

- Cocaína + Marihuana (*Diablillo*)
- Anfetaminas
- Metanfetaminas
- Éxtasis (*Ecstasy*, MDMA)

Otros

- Alcohol
- Buprenorfina no recetada
- Marihuana sintética (*Spice*)
- Metadona no recetada
- Medicamentos no recetados
- Otras drogas _____
- No usa actualmente (Ninguna)
- No informó
- No aplica

La siguiente página del gobierno federal: <http://wwwdasis.samhsa.gov/webt/definitions.htm>, presenta una descripción de algunas de las categorías primarias de uso de sustancias utilizadas en el perfil de admisión.

Vía de utilización

Marcar **solo** 1 por cada droga identificada en la pregunta anterior, seleccione la vía de utilización principal.

- *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
- *Otro*
- *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.
- *Desconoce*

- *No informó* = Se explica por sí solo.
- *No aplica* = Solamente si la persona indicó que no usa droga actualmente

La frecuencia de uso se solicita en admisión, evaluación y alta para evaluar si hubo cambio en la utilización de drogas (pág. 117 del manual TEDS: “*Combined SU and MH TEDS State Instruction Manual – Version 4.3.1 Appendix D. Data Dictionary*”).

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. Para la edad de inicio de alcohol, se tomará la edad de la primera intoxicación.

La intoxicación por alcohol es una consecuencia grave y, en ocasiones, mortal, de tomar grandes cantidades de alcohol en un período corto de tiempo, y que puede afectar la respiración, la frecuencia cardíaca, la temperatura corporal y el reflejo de náuseas y, potencialmente, causar un coma y la muerte. (<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/alcohol-poisoning/symptoms-causes/syc-20354386/>)

Droga Confirmada por toxicología

Indique si la utilización de drogas está confirmada por pruebas toxicológicas.

Comentarios

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

2. Perfil de Evaluación de Progreso

ASSMCA 127E, REV. 07-2022

Se debe completar un **Perfil de Evaluación de Progreso** (ASSMCA 127E, rev. 07/2022; véase ANEJO II) para cada participante admitido a intervalos de **6 meses**, 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 Centros de Tratamiento con Metadona exclusivamente) con información actualizada de todos los participantes que le corresponde.

Variables del Perfil de Evaluación en la 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. 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. Se debe buscar a la persona en el SEPS antes de registrar un perfil de Admisión.

Si el participante 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.

Nombre del centro o unidad de servicio

Anote el nombre del centro donde la persona recibe los servicios. En el caso de los programas que envían los perfiles físicamente (en papel) a la OPFP para apoyo en la entrada de datos al sistema, es importante identificar correcta y adecuadamente todos los perfiles enviados.

Nombre del participante

Anote los apellidos y nombre del participante que está siendo evaluado.

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 en que se completa la 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.

Para aclarar dudas en las variables del Perfil de Evaluación que se desglosan en las páginas 1 – 3, y que ya se explicaron en la sección del Perfil de Admisión, puede referirse a las páginas del manual que se indican en la siguiente tabla:

Página en el Perfil de Evaluación	Variable	Página en el Manual de Recopilación de Datos Estadísticos
1	Sexo al nacer	12
	Identidad de Género	15
	Orientación Sexual	16
	Estado marital	17
	Condición laboral	18
	Número de hijos	17
	Educación	19
	Educación Especial	20
	Desertor escolar	21
	Situación escolar al momento de admisión	21
	¿Con quién vive la persona?	21
	Tamaño Familiar	22
2	Residencia	22
	¿Cuántas veces ha participado de reuniones de grupos de apoyo....?	38
	¿Ha sido arrestado durante los pasados 30 días?	30
	Número de arrestos durante los pasados 30 días	30
	¿Ha sido diagnosticado con...?	31
	Diagnósticos DSM-5	38
	Funcionamiento Global	39
	Trastorno concurrente	39
	Utilización de tabaco/cigarrillos	40
3	Utilización actual de drogas o sustancias	40

Variables del Perfil de Evaluación de la Página 4

Clínicas de Tratamiento Integral Asistido con Medicamentos (CTIAM) -

Esta sección debe ser completada para todos los participantes de los centros CTIAM (metadona) solamente.

Participante recibe servicios del programa *Take Home*-

Un participante que toma sus medicamentos sin supervisión (“*Take Home*”) deberá estar en la Fase 3 del Modelo de Tratamiento con Metadona.

¿El participante recibe servicios del programa *Take Home*?

Sí No

Indique si el participante toma sus medicamentos sin supervisión (programa *Take Home*)

Fecha de comienzo en *Take Home*

Anote la fecha en que el participante comenzó a recibir servicios del programa *Take Home*

Fecha de terminación en *Take Home*

Anote la fecha en que el participante terminó de participar del programa *Take Home*. Es decir, si el participante estuvo recibiendo servicios del programa, pero por alguna razón ya no es parte de este, entonces anote la fecha de terminación en el espacio que se provee.

Cantidad de frascos

Anote la cantidad de frascos de medicamentos que el participante se lleva a su casa.

Frecuencia de dispensación:

Indique si la cantidad de frascos que el participante se lleva a su casa es semanal, bisemanal o mensual.

Si no recibe servicios de *Take Home*, indique la razón:

Seleccione la razón por la cual el participante no recibe servicios del programa *Take Home* (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 –
- El participante no desea el beneficio

En proceso de evaluación para entrar al programa *Take Home*.

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

Seleccionar todas aquellas prácticas en las que el participante ha recibido servicios durante los pasados 6 meses.

- *Apoyo en la educación (Educación respaldada)*
- *Apoyo en el empleo*
- *Aproximación de reforzamiento comunitario para adolescentes*
- *Terapia multisistémica*
- *Entrevista motivacional*
- *Cuidado de crianza terapéutica*
- *Terapia Funcional Familiar*
- *“Wraparound”*
- *Otro*

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

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

- *Psicoeducación familiar*
- *Apoyo en el empleo*
- *Manejo de la enfermedad y recuperación*
- *Apoyo en el empleo*
- *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/Prácticas emergentes WSM/WSM+*
- *Terapia Cognitiva*
- *WRAP*
- *Emotional CPR (eCPR)*
- *Enfoque informado en trauma (Trauma-Informed Care)*
- *Otro*

Comentarios

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

3. Perfil de Alta

ASSMCA 127A, REV 07-2022

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 ingresada de forma voluntaria o involuntaria.

Se debe completar un **Perfil de Alta** (ASSMCA 127A, rev. 07/2022; véase ANEJO III) para cada participante 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 posterior al registro del Alta 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 y la última sección que aplica solamente a la Unidad de Alcoholismo) con información actualizada de los participantes a los que se les va a dar de alta.

Variables del Perfil de Alta en la Página 1

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 la persona está registrada en el SEPS, el mismo sistema le avisará al detectar un número

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 participante 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.

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.

Para aclarar dudas en las variables del Perfil de Alta que se desglosan en las páginas 1 – 4, y que ya se explicaron en la sección del Perfil de Admisión y/o Evaluación, puede referirse a las páginas del manual que se indican en la siguiente tabla:

Página en el perfil de Evaluación	Variable	Página en el Manual de Recopilación de datos Estadísticos
1	Sexo al nacer	12
	Identidad de Genero	15
	Orientación Sexual	16
	Estado marital	17
	Condición laboral	18
	Número de hijos	17
	Educación	19
	Educación Especial	20
	Desertor escolar	21
	Situación escolar al momento de admisión	21
	¿Con quién vive la persona?	21
	Tamaño Familiar	22
2	Residencia	22
	¿Cuántas veces ha participado de reuniones de grupos de apoyo....?	38
	¿Ha sido arrestado durante los pasados 30 días?	30
	Número de arrestos durante los pasados 30 días	30
	¿Ha sido diagnosticado con...?	31
	Diagnósticos DSM-5	38
	Funcionamiento Global	39
	Trastorno concurrente	39
	Utilización de tabaco/cigarrillos	40
4	Participante recibe servicios del programa <i>TAKE HOME</i>	45
	Prácticas Basadas en Evidencia	46

Variables del Perfil de Alta en la Página 4

Razón de alta

- *Completó Tratamiento* = La persona culmina todas las etapas del tratamiento.
- *Abandonó el servicio* - La persona no completa el tratamiento y decide abandonarlo.
- *Traslado a otro centro*- Cuando la persona es transferida a otro centro de tratamiento de ASSMCA.
 - Opcional: se provee espacio para anotar el nombre del centro al que fue transferido/a
- *Referido a otra facilidad*- Cuando la persona es referida a otra facilidad o programa de tratamiento que no está bajo el sistema de tratamiento de ASSMCA.
 - Opcional: se provee espacio para anotar el nombre de la facilidad a la que fue transferido/a
- *Muerte* - Cuando el participante fallece.
- *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 (aplica programas de desvío)
- *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* – El participante interrumpe o descontinúa el tratamiento por cambios en las circunstancias de su vida como, por ejemplo: cambio de residencia, enfermedad u hospitalización; en el caso de menores que alcancen la edad máxima para recibir servicios en el programa.

Comentarios

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

Para las Instrucciones de como completar la sección perteneciente a la Unidad de Alcoholismo en participantes que pasan a Estadía Prolongada (EP) refiérase al Anejo 4.

Instrucciones para el registro en SEPS

Los perfiles de admisión, alta y evaluación de progreso son registrados en el Sistema Electrónico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS) desde los programas o de nivel central. Para tener acceso al SEPS, los usuarios del sistema SEPS deben tomar un adiestramiento sobre la DOCUMENTACIÓN ADECUADA DE LOS PERFILES Y EL PROCESO DE REGISTRO EN SEPS.

Pasos para solicitar acceso a SEPS:

- La persona que solicita acceso al SEPS debe coordinar con la Unidad de Estadísticas (UE) el adiestramiento antes mencionado. (Se sugiere que antes del adiestramiento y para agilizar el proceso de acceso a cuentas, se comuniquen con el asistente estadístico para que les explique los pasos a seguir para solicitar o activar una cuenta de SEPS con la Oficina de Informática y complete el FORMULARIO PARA CREAR Y MODIFICAR CUENTAS DE ACCESO RED ASSMCA, LOCAL Y SISTEMAS, ver anexo 5).
- Una vez completado el adiestramiento, se documentará el mismo en el FORMULARIO DE ADIESTRAMIENTO Y ACTIVACIÓN DE CUENTAS SEPS (ver Anejo 6) la UE informará a la Oficina de Informática para que activen la cuenta previamente solicitada.
- El personal adiestrado obtendrá el acceso a cuenta de SEPS para comenzar con el registro de los perfiles.

La persona encargada del registro de los perfiles en el SEPS deberá asegurarse, antes de comenzar con la entrada de datos, de que el perfil esté completado en todas sus partes. El registro debe ser llevado a cabo dentro de los próximos 10 días laborables del mes posterior al mes de servicio.

Figura 6: Modelo lógico documentación y registro de perfiles



Instrucciones

1. Coordinar con la UE el adiestramiento de *Documentación adecuada de los Perfiles y el proceso de registro en SEPS*. (Se sugiere que antes del adiestramiento y para agilizar el proceso de acceso a cuentas, se comuniquen con el asistente estadístico para que les explique los pasos a seguir para solicitar o activar una cuenta de SEPS con la Oficina de Informática).
2. Una vez adiestrados, la UE comunicará a la Oficina de informática que activen la cuenta previamente solicitada.
3. El personal adiestrado obtendrá el acceso a la cuenta de SEPS para comenzar con el registro de los perfiles.

4. Es importante que se sigan las instrucciones según el orden antes mencionado.

Para ejecutar el proceso de registro siga las siguientes instrucciones:

- a. Busque la página de ASSMCA, de no aparecer en su computadora, anote la siguiente dirección en Internet Explorer: <http://apps2.assmca.pr.gov/>
- b. Una vez en la página de ASSMCA, busque el Sistema de Perfiles Sociodemográficos (SEPS)
- c. Oprima el enlace color verde “[Accede Aquí](#)”

Sistema de Perfiles Sociodemográficos



Los perfiles socio demográficos de Admisión, Evaluación de Progreso y Alta ayudan a describir, establecer comparaciones e identificar tendencias de las características de las personas admitidas a tratamiento de abuso y dependencia de sustancias y de salud mental.

Se espera que esta información permita a la Agencia describir la población atendida, cómo y cuándo la atiende. Finalmente, esta información permitirá al público conocer los servicios ofrecidos por la Agencia y facilitará la planificación de actividades que ayuden a cumplir los objetivos y metas trazadas racionalmente a base de información recopilada adecuadamente.

[Accede Aquí](#)

Adiestramiento del Sistema de Perfiles: [Para Bajar el adiestramiento en formato pdf: Click Aquí.](#)

Manual de Recopilación de Datos Estadísticos: [Para Bajar este manual en formato pdf: Click Aquí.](#)

Formularios de los Perfiles Sociodemográficos:

[• Perfil de Admisión](#) [• Perfil de Evaluación](#) [• Perfil de Alta](#)

1. Una vez accede a la aplicación debe entrar su nombre de Usuario y Contraseña



Datos del usuario

Usuario: Contraseña:

Iniciar

Antes de iniciar, recuerde los siguientes puntos:

1. El nombre de usuario debe existir en la base de datos ASSMCA. El administrador del sistema debe haberle otorgado un nombre de usuario para que usted pueda autenticarse en el sistema.
2. La contraseña es inicialmente otorgada por el administrador del sistema, usted podrá modificar su contraseña una vez autenticado en el sistema.

2. Luego seleccione el programa que ofrece los servicios al participante.

Selección de programa

Programa: ALCOHOLISMO AMBULATORIO ARECIBO

Seleccionar

- Realice una búsqueda del participante en admisión para saber si el participante ya está registrado en el sistema. Para esto, en los filtros de búsqueda consulte buscando de manera individual por número de expediente, o por el seguro social y/o por el nombre del participante. Pulse el botón de Consultar para que el sistema revise si existe información del participante en el SEPS.

Búsqueda de pacientes en admisión

Filtros de búsqueda

IUP: Expediente: Contiene Seguro social: Contiene

Primer apellido: Contiene Segundo apellido: Contiene
 Primer nombre: Contiene Segundo nombre: Contiene

Edad: Es igual a Sexo:
 Veterano: Grupo étnico:
 Programa: Estado de episodios:

Filtro de fecha: Fechas exactas
 Tipo de fecha: Admisión
 Fecha: Enero 1

Registrar paciente Borrar campos Consultar

Resultados de la búsqueda
 No existen registros que desplegar, debe realizar una consulta.

- Si al hacer la búsqueda, el sistema recupera información del participante, participante existe en sistema:

Búsqueda de pacientes en admisión

Filtros de búsqueda

IUP: Expediente: Contiene Seguro social: Contiene

Primer apellido: Contiene DEL PUEBLO Segundo apellido: Contiene
 Primer nombre: Contiene Segundo nombre: Contiene
 Edad: Es igual a Sexo:
 Veterano: Grupo étnico:
 Programa: Estado de episodios:

Filtro de fecha: Fechas exactas
 Tipo de fecha: Admisión
 Tipo de búsqueda: Bajo todo SEPS
 Registrar paciente Borrar campos Consultar

Resultados de la búsqueda

IUP	Seguro social	Apellidos	Nombres	Edad	Sexo	Episodios abiertos
719427	254637154	DEL PUEBLO	JUANITO	53	Masculino	Sí
719426	951566248	DEL PUEBLO	JUANA	77	Femenino	No
719424	584807777	DEL PUEBLO	PEDRO	77	Masculino	Sí

entonces presione el IUP del participante y le aparecerá una visualización del participante:

Visualización de paciente

Datos del paciente				
Primer apellido: DEL PUEBLO IUP: 719426 Edad: 77 Raza(s): Asiático.	Segundo apellido: Expediente: 335 Sexo: Femenino	Primer nombre: JUANA Seguro social: 951566248 Veterano: Sí	Segundo nombre: Fecha de nacimiento: 1/1/1942 Grupo étnico: Puertorriqueño	
Registro de admisión				
Listado de episodios				
Episodio	Programa	Fecha de admisión	Tx. opiáceos	Estado
253377	CENTRO DE TRATAMIENTO CON METADONA BAYAMÓN	1/29/2019	Metadona	Cerrado

Verifique la información del participante, y si está correcto, pulse Registro de admisión y proceda a registrar la admisión de ese participante. Para registrar el nuevo perfil de admisión el participante puede tener episodios cerrados en el mismo nivel de cuidado o episodios abiertos de diferentes niveles de cuidado. Si el participante tiene un episodio previo de admisión abierto con el mismo nivel de cuidado, el sistema no le permitirá el registro del perfil de admisión.

- Si no aparece información previa del participante (después de haber ejecutado la búsqueda por las tres alternativas individualmente: número de expediente, seguro social y/o nombre del participante), entonces el participante no existe en sistema, es un PARTICIPANTE NUEVO, pulse el botón de Registrar participante.

The screenshot shows the 'Búsqueda de pacientes en admisión' (Search for patients in admission) page. The left sidebar includes links for 'Registro de Perfiles', 'Admisión', 'Evaluación', 'Alta', 'Personas', 'Buscar', 'Registrar', 'Otros Enlaces', 'Modificar Contraseña', 'Reportes', 'Documentos', and 'Cerrar Sesión'. The main search form has fields for 'IUP', 'Expediente' (highlighted in yellow), 'Seguro social', 'Primer apellido', 'Segundo apellido', 'Primer nombre', 'Segundo nombre', 'Edad', 'Veterano', 'Programa', 'Filtro de fecha' (set to 'Fechas exactas'), 'Tipo de fecha' (set to 'Admisión'), 'Tipo de búsqueda' (set to 'Bajo todo SEPS'), and buttons for 'Registrar paciente', 'Borrar campos', and 'Consultar'. Below the form, a message states 'No existen registros que desplegar, debe realizar una consulta.'

Complete la información requerida de identificación en la sección de Datos básicos

Registro de pacientes

Datos básicos

IUP: No registrado	Expediente:	Seguro social:
Primer apellido:		Segundo apellido:
Primer nombre:		Segundo nombre:
Sexo:	Masculino	Veterano:
Grupo étnico:	Puertorriqueño	Fecha nacimiento:

Datos de razas

Razas (Disponibles)

- Blanca (Caucásica)
- Indio americano
- Asiático
- Afro americano / negro
- Native de Alaska
- Otra raza
- Native de otra isla del Pacífico

Razas (Seleccionadas)

Registrar

6. Una vez registrado el participante, seleccione el perfil que va a entrar: Admisión y proceda a la entrada de datos.

Visualización de paciente

Datos del paciente

Primer apellido: XX	Segundo apellido: XX	Primer nombre: XX	Segundo nombre:
IUP: 750538	Expediente: 555	Seguro social: 55555555	Fecha de nacimiento: 1/1/1960
Edad: 62	Sexo: Masculino	Veterano: No	Grupo étnico: Puertorriqueño
Raza(s): Otra raza.			

Registro de admisión

Listado de episodios

La persona ha sido registrada con éxito! La persona no tiene ningún tipo de episodio registrado en el sistema.

7. Para la entrada de datos le aparecerá la pantalla que se muestra a continuación y usted entrará los datos según aparece en el perfil de admisión.
- 8.

Perfil de admisión : Salud Mental

Datos generales

IUP: 710426	Expediente: 335	Seguro social: 951566248	Sexo: Femenino
Primer apellido: DEL PUEBLO	Segundo apellido:	Primer nombre: JUANA	Segundo nombre:
Fecha de nacimiento: 1/1/1942	Edad: 77	Veterano: Sí	Grupo étnico: Puertorriqueño
Fecha de admisión:	Enero 1	Militar:	
Familiar de militar:		Género:	

Otros datos

Nombre del centro / Unidad de servicio: CENTRO DE RECUPERACIÓN DE SAN JUAN	Número del episodio: (Sin número asignado)	Número del perfil: (Sin número asignado)
Seguro de salud:	Fuente del pago:	

9. Para Evaluaciones y Altas, haga el mismo procedimiento indicando siempre el perfil que va a registrar en la pantalla inicial, y continúe el procedimiento descrito anteriormente:

Sistema Electrónico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS)

Los perfiles sociodemográficos de Admisión, Evaluación de Progreso y Alta ayudan a describir, establecer comparaciones e identificar tendencias de las características de las personas admitidas a tratamiento de abuso y dependencia de sustancias y de salud mental. Se espera que esta información permita a la Agencia describir la población atendida, cómo y cuándo la atiende. Finalmente, esta información permitirá al público conocer los servicios ofrecidos por la Agencia y facilitará la planificación de actividades que ayuden a cumplir los objetivos y metas trazados razonablemente a base de información recopilada adecuadamente.

Como parte de su menester, la Agencia debe 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.

Dentro de SEPS, el usuario tendrá acceso al Sistema de Alerta de Evaluaciones de Progreso (SAEP), el cual es una herramienta que permitirá identificar los participantes con evaluaciones de progreso pendientes para completar; esto debido a que es requisito llevar a cabo evaluaciones de progreso cada 6 meses.

Instrucciones para el Informe Mensual de Clientela Atendida (IMCA)

El IMCA es el mecanismo para monitorear el movimiento de la clientela atendida en cada centro. Es de suma importancia que las Admisiones y Altas del mes en curso se documenten adecuadamente tal que reflejen los participantes activos al cierre de mes.

Definiciones:

- Censo - Participantes activos del mes anterior o año fiscal anterior.
- Admisiones - Participantes que se admiten durante el mes corriente
- Altas - Cuando el participante ya no va a continuar en el Programa por la razón que le aplique.
- Activos - Participantes que continúan en el programa y reciben todos los servicios.

Los datos del IMCA se utilizan para mantener estadísticas certeras y reales de los participantes activos (o sea que se encuentran recibiendo servicios), los admitidos, y los datos de alta durante el proceso de control de calidad. En adición, el número de participantes activos se utiliza para calcular el tamaño de muestra de participantes para las Encuestas de Satisfacción.

Mensualmente, cada centro es responsable de enviar a la OPFP en nivel central el Informe Mensual de Clientela Atendida (IMCA). Es importante que este documento se reciba en la OPFP al 5to día laborable del mes siguiente al mes de servicio.

Figura 7: Modelo lógico informe de movimiento de clientela atendida:



Esta información se utiliza como control de calidad en la gestión de entrada de datos, es decir que se corrobora que la cantidad de participantes atendidos en los centros, según lo reportado en el IMCA, concuerde con los perfiles registrados en el SEPS. Para cumplimentar el IMCA siga las siguientes instrucciones:

1. Comenzando en el mes de Julio, documentará en la línea de Censo y en la Columna Total Mensual la población activa al finalizar el cierre del año fiscal anterior que terminó en **junio** (arrastre), que será siempre igual en todos los meses subsiguientes.
Para esto, asegúrese de llevar a cabo un control de calidad verificando los expedientes clínicos de los participantes que tiene, o tuvo, activos al cierre de año fiscal o sea a al 30 de junio.

A modo de ejemplo, si usted al finalizar el mes de junio tiene 3 hombres a los que les estaba ofreciendo servicios, esa será la cantidad que debe anotar para llenar su IMCA de Julio en la parte que dice CENSO.

En los meses subsiguientes, el censo mensual va a ser igual a la población activa al final del mes anterior.

Movimiento de Pacientes	Total Mensual		Acumulado	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Censo	3	0	3	0

2. En el área de **Ingresos**, anotará las admisiones y readmisiones del mes que está reportando, categorizadas por sexo. En el caso de **Julio**, estas cantidades serán iguales en la columna de Total Mensual y en Acumulado. Sin embargo, ya para los meses subsiguientes, entrará la cantidad correspondiente al mes en cuestión en la columna de Total mensual y el Acumulado será la suma de las admisiones hasta el mes corriente y se poblará automáticamente.

La línea de Clientela Atendida será la suma de la línea del Censo más las admisiones y readmisiones del mes en curso, y se va poblando automáticamente. Esta información refleja la cantidad de participantes atendidos durante el mes y el periodo.

Ingresos					
Admisiones de este mes	5	3	5	3	
Readmisiones a 30 días	0	0	0	0	
Readmisiones de 31 a 180 días	1	2	1	2	
CLIENTELA ATENDIDA	9	5	9	5	

Dado que la información del acumulado se completa automáticamente, si la información que usted documenta al inicio de año fiscal es incorrecta, esto provocará que se arrastre el error y siempre se refleje una información de los participantes atendidos errónea.

3. Las Altas las documentará y las categorizará por sexo según la clasificación que le corresponda. En el mes de julio el Total Mensual y el Acumulado serán iguales, sin embargo, en los meses subsiguientes, anotará las altas al mes correspondiente y el acumulado se poblará automáticamente sumando todas las altas hasta el mes corriente.
4. La línea del Total de Altas se poblará automáticamente de acuerdo a lo documentado en las razones de alta. El Total Mensual corresponderá al mes en cuestión, y el Acumulado corresponderá a todas las altas de todos los meses.

Altas					
Completó Tratamiento	4	1	4	1	
Traslados	0	0	0	0	
Abandono	0	0	0	0	
Referido	0	0	0	0	
Alta Administrativa	0	0	0	0	
Encarcelamiento	0	0	0	0	
Revocado	0	0	0	0	
No cualifica-Denegado	0	0	0	0	
Razon Desconocida	0	0	0	0	
Muertes	0	0	0	0	
TOTAL	4	1	4	1	

5. Los activos al finalizar el periodo serán igual a la Clientela Atendida menos las Altas.

ACTIVOS AL FINALIZAR EL PERIODO	5	4	5	4
---------------------------------	---	---	---	---

Ejemplo adicional:

Activos al cierre de año fiscal anterior (30 de junio 2019)		Admisiones durante el mes de julio 2019 (comienzo de año fiscal)				
SERE		Jul-19			Mes	
Centro						
Movimiento de Pacientes		Inicio de Mes		Inicio Año Fiscal		
		Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Total
Censo por evento		5	6	5	6	11
Ingresos		Total Mensual		Acumulado		
Admisiones		0	1	0	1	1
Readmisiones		0	0	0	0	0
Clientela Atendida		5	7	5	7	12
Altas						
Completó		0	0	0	0	0
Traslados a otros centros de ASSMCA		0	0	0	0	0
Alta Administrativa		0	0	0	0	0
Abandono		0	0	0	0	0
Encarcelamiento		0	0	0	0	0
Referidos a centro privado		0	0	0	0	0
Muerte		0	0	0	0	0
Otro		0	0	0	0	0
Total Altas		0	0	0	0	0
Activos al Finalizar el Periodo		5	7	5	7	12

PARTICIPANTES
ACTIVOS

Las columnas que indican "Acumulado" se van llenando automáticamente una vez se documente la información perteneciente al mes que acaba de terminar.

ANEJO 1: Perfil de Admisión

ASSMCA-127
 Rev 07/2022

Gobierno de Puerto Rico
 Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción
Perfil de Admisión
Información General

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

Continuación del Perfil de Admisión

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

Continuación del Perfil de Admisión

Problema con la justicia/ Faltas cometidas (Relacionado a este episodio, marque todas las que aplique)							
<input type="checkbox"/> Hurto / vandalismo	<input type="checkbox"/> Rapto	<input type="checkbox"/> Conducir bajo efectos de droga o alcohol	<input type="checkbox"/> Apropiación ilegal agravada				
<input type="checkbox"/> Violación a probatoria	<input type="checkbox"/> Asesinato/ homicidio	<input type="checkbox"/> Alteración a la paz	<input type="checkbox"/> Trasiego de drogas				
<input type="checkbox"/> Consumo de drogas	<input type="checkbox"/> Prostitución	<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> Otro				
<input type="checkbox"/> Falsificación de documentos	<input type="checkbox"/> Escalamiento	<input type="checkbox"/> Violencia doméstica	<input type="checkbox"/> No aplica				
<input type="checkbox"/> Violación/ delito sexual	<input type="checkbox"/> Desacato						
Datos de Salud General (Indique condiciones de salud adicionales a la asociada a este evento)							
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Persona viviendo con SIDA					
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Síndromes metabólicos (ej. hiperlipidemia)					
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Trastornos asociados a la tiroides					
<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Tuberculosis					
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis de tipo desconocido	<input type="checkbox"/> Sordera					
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (corazón)	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Otro Impedimento Físico					
<input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Hipoglucemias (y otros desordenes de secreción interna del páncreas)	<input type="checkbox"/> Otro diagnostico _____					
<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Persona viviendo con VIH	<input type="checkbox"/> Ningún diagnostico					
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal							
Información de episodios previos o concurrente de cualquier servicio de tratamiento por uso de sustancias							
Número de episodios/servicios de tratamiento que ha recibido anterior o concurrentemente [TEDS]:							
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3						
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4						
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5 o más	<input type="checkbox"/> No información					
Duración del último servicio de tratamiento de uso de sustancias:							
<input type="checkbox"/> Menos de un mes (30 días)	<input type="checkbox"/> 7 a 11 meses	<input type="checkbox"/> 5 a 6 años					
<input type="checkbox"/> 1 a 3 meses	<input type="checkbox"/> 1 a 2 años	<input type="checkbox"/> 7 años o más					
<input type="checkbox"/> 4 a 6 meses	<input type="checkbox"/> 3 a 4 años	<input type="checkbox"/> No información					
Tiempo desde la última alta de servicio para uso de sustancias _____ Días _____ Meses							
Nivel de Cuidado del episodio anterior o concurrente de sustancias							
<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Desintoxicación sustancias (interno)	<input type="checkbox"/> Hospitalización Parcial					
<input type="checkbox"/> Ambulatorio Intensivo	<input type="checkbox"/> Desvío	<input type="checkbox"/> Panel de Impacto					
<input type="checkbox"/> Ambulatorio con Metadona	<input type="checkbox"/> Estadía Prolongada Alcohol	<input type="checkbox"/> Tratamiento Residencial					
<input type="checkbox"/> Charla socioeducativa	<input type="checkbox"/> Estadía Prolongada Sustancias	<input type="checkbox"/> No informó					
<input type="checkbox"/> Desintoxicación alcohol (ambulatorio)	<input type="checkbox"/> Evaluación Alcohol	<input type="checkbox"/> Otro					
<input type="checkbox"/> Desintoxicación alcohol (interno)	<input type="checkbox"/> Evaluación de drogas						
<input type="checkbox"/> Desintoxicación sustancias (ambulatorio)	<input type="checkbox"/> Hospitalización						
Información de episodios previos o concurrente de cualquier servicio de tratamiento de salud mental							
Número de episodios/servicios de tratamiento que ha recibido anterior o concurrentemente:							
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3						
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4						
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5 o más	<input type="checkbox"/> No información					
Duración del último servicio de tratamiento de uso de salud mental:							
<input type="checkbox"/> Menos de un mes (30 días)	<input type="checkbox"/> 7 a 11 meses	<input type="checkbox"/> 5 a 6 años					
<input type="checkbox"/> 1 a 3 meses	<input type="checkbox"/> 1 a 2 años	<input type="checkbox"/> 7 años o más					
<input type="checkbox"/> 4 a 6 meses	<input type="checkbox"/> 3 a 4 años	<input type="checkbox"/> No información					
Tiempo desde la última alta de servicio para uso de salud mental _____ Días _____ Meses							
Nivel de Cuidado del episodio anterior o concurrente de salud mental							
<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Hospitalización General	<input type="checkbox"/> Recuperación Transicional					
<input type="checkbox"/> Ambulatorio Intensivo	<input type="checkbox"/> Hospitalización Forense	<input type="checkbox"/> Recuperación Transicional a Vida Independiente					
<input type="checkbox"/> Centro de Recuperación	<input type="checkbox"/> Hospitalización Parcial	<input type="checkbox"/> Recuperación Tratamiento Integrado					
<input type="checkbox"/> Centro de Recuperación a Vida Independiente (CRVI)	<input type="checkbox"/> Recuperación Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Servicio de Apoyo a la Comunidad					
<input type="checkbox"/> Centro Transicional a Vida Independiente	<input type="checkbox"/> Recuperación Ambulatorio Especializado	<input type="checkbox"/> Tratamiento Asistido en la Comunidad					
<input type="checkbox"/> Clínicas Ambulatorias	<input type="checkbox"/> Recuperación Integrado Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Tratamiento Residencial					
<input type="checkbox"/> Evaluación Interdisciplinaria	<input type="checkbox"/> Recuperación No-ambulatorio	<input type="checkbox"/> No informó					
		<input type="checkbox"/> Otro					

Continuación del Perfil de Admisión

Información adicional del participante

¿Existe historial de ideas suicidas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/> No informó		¿Existe historial de intentos suicidas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/> No informó				
¿Existe historial de maltrato en la niñez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/> No informó						
Indique el tipo de maltrato (marque todas las que aplique) <input type="checkbox"/> Negligencia <input type="checkbox"/> Mental o Emocional <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Abuso Sexual <input type="checkbox"/> Explotación (trata Humana) <input type="checkbox"/> Institucional						
¿Ha sido víctima de violencia doméstica? [violencia de género que sucede en personas que son o fueron pareja, y entre las que existió una relación consensual, Ley núm. 54] <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/> No informó						
¿Cuántas veces ha participado en reuniones de grupos de apoyo o auto-ayuda enfocados en la recuperación de uso de sustancias durante los pasados 30 días? (SU-NOM, incluye alcohólicos anónimos, narcóticos anónimos, etc.) <input type="checkbox"/> No ha asistido en los pasados 30 días <input type="checkbox"/> 1-3 veces durante el pasado mes (menos de una vez semanal) <input type="checkbox"/> 4-7 veces durante el pasado mes (aprox. una vez semanal) <input type="checkbox"/> 8-15 veces durante el pasado mes (2 ó 3 veces semanales) <input type="checkbox"/> 16-30 veces durante el pasado mes (4 ó más veces por semana) <input type="checkbox"/> Ha asistido durante el pasado mes, pero se desconoce cuánto <input type="checkbox"/> No informó						
Trastornos Clínicos (Anote solo un dx por columna) Anote el código , utilice palabras para describir el diagnóstico y circule el nivel del dx, si aplica.						
Diagnósticos DSM-5/ICD-10	Dx. Primario		Dx. Secundario		Dx. Terciario	
Salud Mental [TEDS]	Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo

Sustancias [TEDS]	Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo

Comentarios: _____						
Medida de Funcionamiento Global [TEDS, opcional] <input type="checkbox"/> CGAS <input type="checkbox"/> GAS <input type="checkbox"/> GAF (Anote valor entre 0 y 100%): _____						
Otras observaciones: _____						
Trastorno concurrente de salud mental y uso de sustancias [TEDS]				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Utilización de tabaco o cigarrillo						
¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos <u>en toda su vida</u> ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> No informó Si contesto si, ¿con qué frecuencia fuma cigarrillos actualmente? <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/> Nunca ¿Si fuma todos o algunos días, cuantos cigarrillos en promedio usted fuma en un día? _____						
Nombre del clínico a cargo de la evaluación (escriba claro)		Disciplina	Firma		Fecha (mmm/dd/aaaa) _____/_____/_____	

Continuación del Perfil de Admisión

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

Sustancia de uso primario [US NOM] (Marque solo uno, la de uso principal)	Sustancia de uso secundario [US NOM] (Marque solo uno, la de uso secundario)	Sustancia de uso terciario [US NOM] (Marque solo uno, la de uso terciario)
<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Alcohol
<input type="checkbox"/> Alucinógenos	<input type="checkbox"/> Alucinógenos	<input type="checkbox"/> Alucinógenos
<input type="checkbox"/> Anestesia de Caballo (<i>Xylazine</i>)	<input type="checkbox"/> Anestesia de Caballo (<i>Xylazine</i>)	<input type="checkbox"/> Anestesia de Caballo (<i>Xylazine</i>)
<input type="checkbox"/> Anfetaminas	<input type="checkbox"/> Anfetaminas	<input type="checkbox"/> Anfetaminas
<input type="checkbox"/> Barbitúricos	<input type="checkbox"/> Barbitúricos	<input type="checkbox"/> Barbitúricos
<input type="checkbox"/> Benzodiacepinas	<input type="checkbox"/> Benzodiacepinas	<input type="checkbox"/> Benzodiacepinas
<input type="checkbox"/> Buprenorfina no recetada	<input type="checkbox"/> Buprenorfina no recetada	<input type="checkbox"/> Buprenorfina no recetada
<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Cocaína
<input type="checkbox"/> Cocaína + Marihuana (<i>Diablillo</i>)	<input type="checkbox"/> Cocaína + Marihuana (<i>Diablillo</i>)	<input type="checkbox"/> Cocaína + Marihuana (<i>Diablillo</i>)
<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Codeína
<input type="checkbox"/> Crack	<input type="checkbox"/> Crack	<input type="checkbox"/> Crack
<input type="checkbox"/> Darvon	<input type="checkbox"/> Darvon	<input type="checkbox"/> Darvon
<input type="checkbox"/> Demerol	<input type="checkbox"/> Demerol	<input type="checkbox"/> Demerol
<input type="checkbox"/> Dilauidid	<input type="checkbox"/> Dilauidid	<input type="checkbox"/> Dilauidid
<input type="checkbox"/> Éxtasis (<i>Ecstasy</i> , MDMA)	<input type="checkbox"/> Éxtasis (<i>Ecstasy</i> , MDMA)	<input type="checkbox"/> Éxtasis (<i>Ecstasy</i> , MDMA)
<input type="checkbox"/> Fentanilo	<input type="checkbox"/> Fentanilo	<input type="checkbox"/> Fentanilo
<input type="checkbox"/> Heroína	<input type="checkbox"/> Heroína	<input type="checkbox"/> Heroína
<input type="checkbox"/> Heroína + Cocaína (<i>Speedball</i>)	<input type="checkbox"/> Heroína + Cocaína (<i>Speedball</i>)	<input type="checkbox"/> Heroína + Cocaína (<i>Speedball</i>)
<input type="checkbox"/> Inhalantes (pega, aerosol, etc.)	<input type="checkbox"/> Inhalantes (pega, aerosol, etc.)	<input type="checkbox"/> Inhalantes (pega, aerosol, etc.)
<input type="checkbox"/> Marihuana/Hachís	<input type="checkbox"/> Marihuana/Hachís	<input type="checkbox"/> Marihuana/Hachís
<input type="checkbox"/> Marihuana + Heroína	<input type="checkbox"/> Marihuana + Heroína	<input type="checkbox"/> Marihuana + Heroína
<input type="checkbox"/> Marihuana sintética (<i>Spice</i>)	<input type="checkbox"/> Marihuana sintética (<i>Spice</i>)	<input type="checkbox"/> Marihuana sintética (<i>Spice</i>)
<input type="checkbox"/> Medicamentos no recetados	<input type="checkbox"/> Medicamentos no recetados	<input type="checkbox"/> Medicamentos no recetados
<input type="checkbox"/> Metadona no recetada	<input type="checkbox"/> Metadona no recetada	<input type="checkbox"/> Metadona no recetada
<input type="checkbox"/> Metanfetamina	<input type="checkbox"/> Metanfetamina	<input type="checkbox"/> Metanfetamina
<input type="checkbox"/> Morfina	<input type="checkbox"/> Morfina	<input type="checkbox"/> Morfina
<input type="checkbox"/> Otros opiáceos y opioides	<input type="checkbox"/> Otros opiáceos y opioides	<input type="checkbox"/> Otros opiáceos y opioides
<input type="checkbox"/> Oxycontin	<input type="checkbox"/> Oxycontin	<input type="checkbox"/> Oxycontin
<input type="checkbox"/> PCP (Fenciclidina)	<input type="checkbox"/> PCP (Fenciclidina)	<input type="checkbox"/> PCP (Fenciclidina)
<input type="checkbox"/> Percocet	<input type="checkbox"/> Percocet	<input type="checkbox"/> Percocet
<input type="checkbox"/> Sedantes	<input type="checkbox"/> Sedantes	<input type="checkbox"/> Sedantes
<input type="checkbox"/> Tramadol	<input type="checkbox"/> Tramadol	<input type="checkbox"/> Tramadol
<input type="checkbox"/> Xanax	<input type="checkbox"/> Xanax	<input type="checkbox"/> Xanax
<input type="checkbox"/> Otras drogas _____	<input type="checkbox"/> Otras drogas _____	<input type="checkbox"/> Otras drogas _____
<input type="checkbox"/> No usa actualmente (Ninguna)	<input type="checkbox"/> No usa actualmente (Ninguna)	<input type="checkbox"/> No usa actualmente (Ninguna)
<input type="checkbox"/> No informó <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> No informó <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> No informó <input type="checkbox"/> No aplica
Vía de utilización (principal)	Vía de utilización (principal)	Vía de utilización (principal)
<input type="checkbox"/> Inyectada	<input type="checkbox"/> Inyectada	<input type="checkbox"/> Inyectada
<input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumada	<input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumada	<input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Fumada
<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Oral
<input type="checkbox"/> No informó <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> No informó <input type="checkbox"/> No aplica	<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"/> No usó en el pasado mes	<input type="checkbox"/> No usó en el pasado mes
<input type="checkbox"/> 1-3 veces al mes	<input type="checkbox"/> 1-3 veces al mes	<input type="checkbox"/> 1-3 veces al mes
<input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana	<input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana	<input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana
<input type="checkbox"/> 3-6 veces a la semana	<input type="checkbox"/> 3-6 veces a la semana	<input type="checkbox"/> 3-6 veces a la semana
<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Desconoce	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Desconoce	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Desconoce
<input type="checkbox"/> No informó <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> No informó <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> No informó <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 informó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informó
Comentarios: _____	_____	_____

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

ANEJO 2: Perfil de Evaluación

Gobierno de Puerto Rico
 Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción
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 informó			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 informó	
Información contacto				Números de teléfono: 1. Celular _____ Dirección de correo electrónico: 1. _____ 2. Familiar o contacto autorizado (_____) _____ - _____ 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	Número de hijos:			
<input type="checkbox"/> Divorciado		<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> No informó			
Condición laboral (US-SM NOM)		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 informó <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 informó		
¿Ha recibido o está recibiendo educación especial?			Desertor escolar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informó <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informó				
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)						Tamaño Familiar:	
<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"/> Padastro o madrastra	<input type="checkbox"/> Otro familiar	<input type="checkbox"/> No informó		
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"/> Hogar grupal, orfanato <input type="checkbox"/> Institución correcional <input type="checkbox"/> Hogar de crianza <input type="checkbox"/> Hogar sustituto <input type="checkbox"/> Hogar transicional	<input type="checkbox"/> Facilidad de tratamiento residencial para menores <input type="checkbox"/> Institucionalizado (Hospital) <input type="checkbox"/> Sin hogar (Deambulante) <input type="checkbox"/> No informó
□ 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		

¿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"/> 1-3 veces durante el pasado mes (menos de una vez semanal) <input type="checkbox"/> 4-7 veces durante el pasado mes (aprox. una vez semanal) <input type="checkbox"/> 8-15 veces durante el pasado mes (2 ó 3 veces semanales) <input type="checkbox"/> 16-30 veces durante el pasado mes (4 ó más veces por semana)		
<input type="checkbox"/> Ha asistido durante el pasado mes, pero se desconoce cuánto <input type="checkbox"/> No informó		

¿Ha sido arrestado durante los pasados 30 días?	Número de arrestos en los pasados 30 días o durante tratamiento si duró menos de 30 días (US-SM-NOM): _____
□ Sí □ No □ No aplica	

Datos de Salud General (Indique condiciones de salud adicionales a la asociada a este evento)								
□ Asma	□ Epilepsia	□ Persona viviendo con SIDA						
□ Alzheimer	□ Hepatitis A	□ Síndromes metabólicos (ej. hiperlipidemia)						
□ Cáncer	□ Hepatitis B	□ Trastornos asociados a la tiroides						
□ Ceguera	□ Hepatitis C	□ Tuberculosis						
□ Diabetes	□ Hepatitis de tipo desconocido	□ Sordera						
□ Enfermedad cardiovascular (corazón)	□ Hipertensión	□ Otro Impedimento Físico						
□ Enfermedad cerebrovascular	□ Hipoglucemias (y otros desordenes de secreción interna del páncreas)	□ Otro diagnóstico _____						
□ Enfermedad de transmisión sexual	□ Persona viviendo con VIH	□ Ningún diagnóstico						
□ Enfermedad renal								

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

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

Comentarios: _____

Funcionamiento Global (TEDS, opcional)	<input type="checkbox"/> CGAS	<input type="checkbox"/> GAS	<input type="checkbox"/> GAF	(Añote valor entre 0 y 100%): _____
---	-------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------------

Otras observaciones: _____

Trastorno concurrente de salud mental y uso de sustancias (TEDS)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

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

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

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 recetada <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"/> Dilauidid <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 recetada <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 informó <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 recetada <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"/> Dilauidid <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 recetada <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 informó <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 recetada <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"/> Dilauidid <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 recetada <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 informó <input type="checkbox"/> No aplica
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 informó <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"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> No informó <input type="checkbox"/> No aplica		
Edad de inicio*:		
Uso Confirmado por toxicología		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informó		
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		Sí no es participante de <i>Take Home</i> indique la razón por la cual no participa:
	Fecha de comienzo TH: (mmm/dd/aaaa) ____/____/_____		<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:

- Apoyo en la Educación (Educación Respaldada)
- 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/Prácticas emergentes: WSM/WSM+
- Terapia Cognitiva
- WRAP
- Emotional CPR (eCPR)
- Enfoque informado en trauma/*Trauma-Informed Care*
- Otro _____

Comentarios: _____

ANEJO 3: Perfil de Alta

ASSMCA-127A
 Rev 07/2022

Gobierno de Puerto Rico
 Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción
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"/> No binario <input type="checkbox"/> Queer	<input type="checkbox"/> Cisgénero (F) <input type="checkbox"/> Transgénero (M-F) <input type="checkbox"/> Intergénero	Orientación Sexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Pansexual	
		<input type="checkbox"/> Transgénero (F-M) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Gay/lesbiana <input type="checkbox"/> Otro	
		<input type="checkbox"/> No informó	<input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No informó	
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"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Unión consensual <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> No informó	Número de hijos:
Condición laboral (US-SM NOM)	Si no participa de la fuerza 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 informó	<input type="checkbox"/> Persona responsable del hogar (ej. ama(o) de casa) <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Residente facilidad institucional (hospital, prisión, cuidado residencial largo plazo, etc.)			
Educación (SM-NOM)				
<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"/> Duodécimo <input type="checkbox"/> Diploma de escuela superior <input type="checkbox"/> Créditos universitarios <input type="checkbox"/> Escuela Técnica o Vocacional	<input type="checkbox"/> Grado asociado <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Salón contenido / Educación especial <input type="checkbox"/> No informó	
¿Ha recibido o está recibiendo educación especial?		Desertor escolar:		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informó		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informó		
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"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermanos(as) <input type="checkbox"/> Padastro o madrastra	<input type="checkbox"/> Hijo(s) <input type="checkbox"/> Abuelo(s) <input type="checkbox"/> Otro familiar	<input type="checkbox"/> Esposo(a) o compañero(a) <input type="checkbox"/> Personas no emparentadas <input type="checkbox"/> No informó	
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"/> Hogar grupal, orfanato <input type="checkbox"/> Institución correccional <input type="checkbox"/> Hogar de crianza <input type="checkbox"/> Hogar sustituto <input type="checkbox"/> Hogar transicional	<input type="checkbox"/> Facilidad de tratamiento residencial para menores <input type="checkbox"/> Institucionalizado (Hospital) <input type="checkbox"/> Sin hogar (Deambulante) <input type="checkbox"/> No informó

¿Cuántas veces ha participado en reuniones de grupos de apoyo o auto-ayuda enfocados en la recuperación de uso de sustancias durante los pasados 30 días? (US-NOM, ej. alcohólicos o narcóticos anónimos)		
<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)		
¿Ha sido arrestado durante los pasados 30 días? (US-SM-NOM)		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"/> Hipoglucemias (y otros desordenes de secreción interna del páncreas)	<input type="checkbox"/> Otro diagnóstico						
<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Persona viviendo con VIH	<input type="checkbox"/> Ningún diagnóstico						
<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]	Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo		
	
	
	
Sustancias [TEDS]	Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo		
	
	
	

Comentarios: _____

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

Otras observaciones: _____

Trastorno concurrente de salud mental y uso de sustancias [TEDS]	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Utilización de tabaco o cigarrillo		
¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si contesto si, ¿con qué frecuencia fuma cigarrillos actualmente?	<input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> Algunos días
¿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 recetada <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Cocaína + Marihuana (<i>Diablillo</i>) <input type="checkbox"/> Codeina <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Darvon <input type="checkbox"/> Demerol <input type="checkbox"/> Dilauidid <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 recetada <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 informó <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 recetada <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Cocaína + Marihuana (<i>Diablillo</i>) <input type="checkbox"/> Codeina <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Darvon <input type="checkbox"/> Demerol <input type="checkbox"/> Dilauidid <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 recetada <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 informó <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 recetada <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Cocaína + Marihuana (<i>Diablillo</i>) <input type="checkbox"/> Codeina <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Darvon <input type="checkbox"/> Demerol <input type="checkbox"/> Dilauidid <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 recetada <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 informó <input type="checkbox"/> No aplica
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 informó <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"/> Desconoce <input type="checkbox"/> No informó <input type="checkbox"/> No aplica		
Edad de inicio*:		
Uso Confirmado por toxicología		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informó		
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 <u>requisito</u> completar la información relacionada al <i>Take Home</i> .		
Metadona	¿El paciente participa del programa Take Home? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 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
	Sí no es participante de Take Home indique la razón por la cual no participa: <ul style="list-style-type: none"> <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 Take Home 	

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

Niños y Adolescentes:

- Apoyo en la Educación (Educación Respaldada)
- 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 dxs concurrentes
- 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/Prácticas emergentes: WSM/WSM+
- Terapia Cognitiva
- WRAP
- Emotional CPR (eCPR)
- Enfoque informado en trauma /Trauma-Informed Care
- Otro

Razón de Alta

- Completó el tratamiento / servicio (graduado)
- Abandonó el servicio
- Traslado a otro centro: _____
- Referido a otra facilidad _____

- Muerte
- Encarcelado / admitido a institución juvenil
- Revocación (solamente programas de desvío)
- Alta administrativa
- 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:	
	<i>*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]*</i>			
	Etapa de Servicio: <input checked="" type="checkbox"/> Traslado	Nivel de Cuidado para el uso de sustancias:		
	¿Co-dependiente? <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Estadía Prolongada Alcohol <input type="checkbox"/> Estadía Prolongada Sustancias		
	Fuente de referido: <input checked="" type="checkbox"/> Centro tx por uso de sustancias	<i>*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])</i>		
	Información de episodios anteriores de cualquier servicio de tratamiento por uso de sustancias			
	Numero de tratamientos (Episodios) que ha recibido anteriormente: <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	Duración del último servicio de tratamiento de uso de sustancias <input checked="" type="checkbox"/> Menos de un mes (30 días)		
	Tiempo desde última alta de servicio uso de sustancias: 0 días	Nivel de cuidado del episodio anterior: <input type="checkbox"/> Desintoxicación Alcohol <input type="checkbox"/> Desintoxicación sustancias		
<i>La información que se registrará en SEPS de suicidio, maltrato y violencia doméstica se tomará de las pág. 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 pág. 2 y 3 de este documento (Perfil de Alta de DETOX actual [ASSMCA-127A])</i>				

ANEJO 4: Instrucciones para Unidad de Desintoxicación de Alcohol y Drogas

Procedimiento para documentar y registrar el Perfil de Admisión una vez los participantes son admitidos al servicio de Estadía Prolongada (EP) en la Unidad de Emergencia y Desintoxicación de Alcoholismo, siempre y cuando el participante no salga de la Institución, y tanto el Alta de DETOX como la Admisión de EP ocurran el mismo día.

Una vez el participante acepta el tratamiento de Estadía Prolongada (EP), se le da de alta del área de DETOX y se admite a EP; para esto siga el procedimiento que aplique según sus deberes y/o responsabilidades:

B. Instrucciones para el personal que DOCUMENTA los Perfiles de Admisión y/o Alta

1. Cumplimente el Perfil de Alta de DETOX siguiendo las instrucciones correspondientes.
2. Al llegar a la parte: “APLICA A LA UNIDAD DE ALCOHOLISMO SOLO SI EL PARTICIPANTE PASA AL NIVEL DE CUIDADO DE ESTADIA PROLONGADA (EP)”, complete la información requerida concerniente a la Admisión a EP, vea la Figura 1.
3. Al momento del Alta de EP, documente en un nuevo Perfil de Alta la información concerniente al Alta de EP.

C. Instrucciones para el personal que REGISTRA los Perfiles de Admisión y/o Alta en SEPS

1. Una vez reciba el Perfil de Admisión y Alta de DETOX, registre los Perfiles de Admisión y Alta para DETOX, y proceda a registrar en SEPS una nueva Admisión para EP.
2. Para crear la nueva Admisión, seleccione el Programa: UNIDAD DE ALCOHOLISMO EMERGENCIA SAN JUAN y pulse el botón de Admisión en el área de Registro de Perfiles.
3. Para buscar al participante en SEPS, entre el IUP, nombre o seguro social del participante, y pulse el botón de Consultar.
4. En el resultado de la búsqueda de ese participante, pulse su IUP.
5. Luego, en la pantalla VISUALIZACION DE PARTICIPANTE le aparecerán los episodios para ese participante, proceda entonces a pulsar Registro de admisión.
6. Registre en SEPS los datos sociodemográficos de ese participante que se recopilaron en el perfil de Admisión a DETOX (Esto se hará ya que el participante se traslada de Nivel de cuidado en la misma institución, es decir, el proceso de alta de DETOX y la Admisión a EP es un proceso continuo por lo que no debe haber cambios en las características del participante).
7. Continúe el registro en SEPS siguiendo las instrucciones que se indican en el Perfil de Alta que se encuentra en la **página 4 del Perfil de Alta de DETOX** en la parte: “APLICA A LA UNIDAD DE ALCOHOLISMO SOLO SI EL PARTICIPANTE PASA AL NIVEL DE CUIDADO DE ESTADIA PROLONGADA (EP)”. Es importante que en SEPS anote en Nivel de Cuidado: Hospitalización. Vea Figura 1.

Refiérase a la Figura 8 para el fluograma de proceso en la Unidad de Alcoholismo.

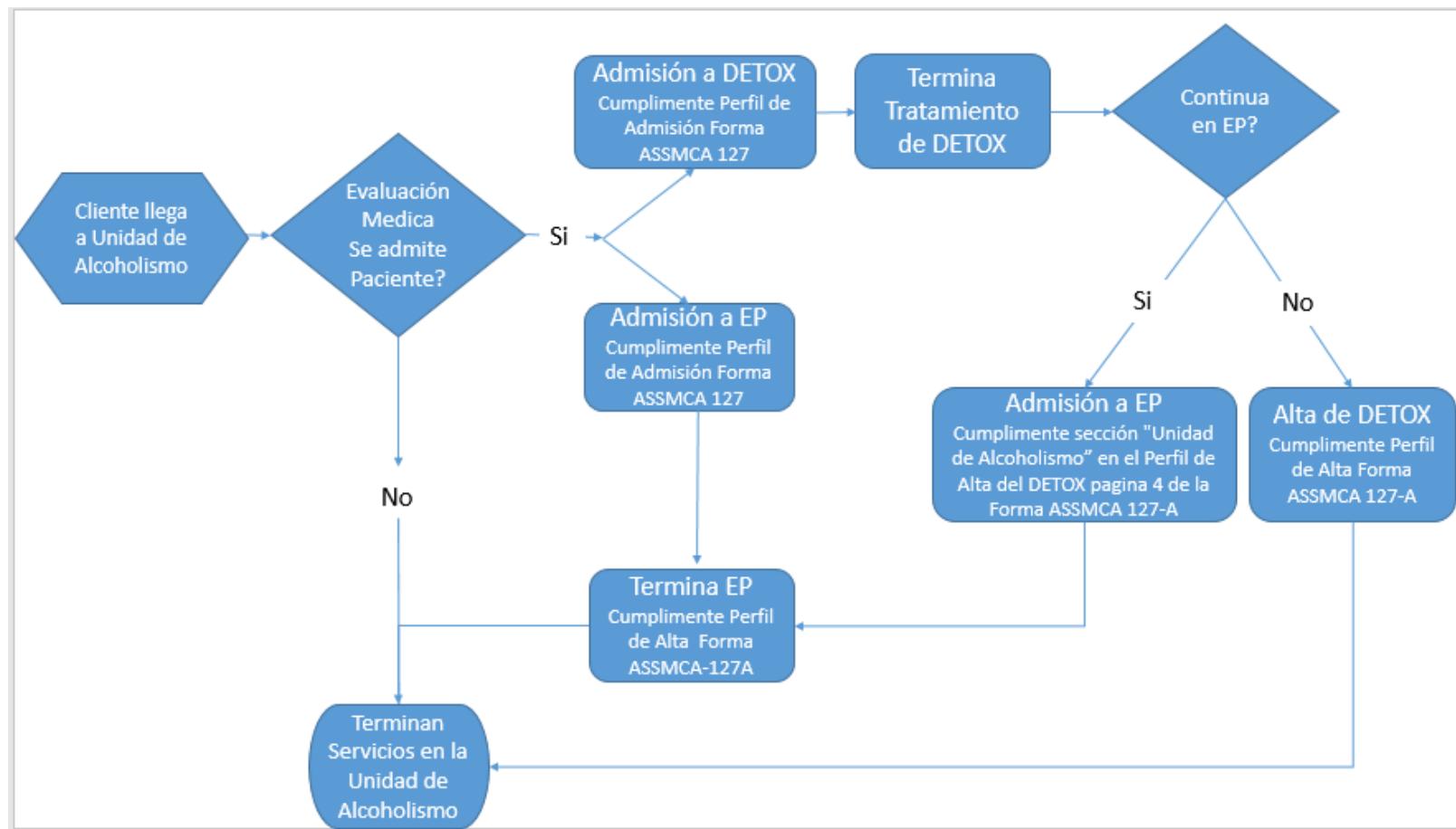
Información concerniente al Perfil de Admisión de Estadía Prolongada

APLICA A LA UNIDAD DE ALCOHOLISMO SOLO SI EL PACIENTE PASA AL NIVEL DE CUIDADO DE ESTADÍA PROLONGADA (EP) (Requiere un <u>NUEVO REGISTRO</u> 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]			
	Etapa de Servicio: <input checked="" type="checkbox"/> Traslado	Nivel de Cuidado para el uso de sustancias:		
	¿Co-dependiente? <input checked="" type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización (Estadía prolongada)		
	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"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> No información <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 o más <input type="checkbox"/> No aplica	<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:		
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])				
Comentarios: _____				

8. Al finalizar la entrada de datos de Admisión de EP, pulse el botón de Registrar Admisión. El sistema le dará el número de Episodio que deberá anotarlo en el Perfil Físico (en el documento).
9. Cuando participante termina tratamiento de EP, registrará una nueva Alta en SEPS correspondiente al Alta de EP cuya información deberá estar documentada en un Perfil de Alta aparte perteneciente al alta de EP.

Esto se hará para cumplir con el requisito establecido en el Manual de Tratamiento Médico de Alcoholismo de identificar correctamente los servicios prestados según el nivel de cuidado que se provee y con el Manual de TEDS (v4.2) que indica que es crítico que cada centro de servicio provea información acerca del tipo de servicio que recibe cada participante, según lo requiere SAMHSA para tener constancia de los servicios que se ofrecen.

Figura 8: Flujograma de procesos de la Unidad de Alcoholismo y documentación requerida en cada etapa.



ANEJO 5: Formulario para Crear y Modificar Cuentas de Acceso Red ASSMCA.

**ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL
Y CONTRA LA ADICCIÓN**



OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

**Formulario para Crear y Modificar Cuentas de Acceso
Red ASSMCA.LOCAL y Sistemas**

Fecha: _____

Nombre Solicitante (Administrador, Sub Administrador, Adm. Auxiliar, Director)	Puesto:	
Nombre del Usuario:	Puesto:	
Nombre de la Oficina/División/Departamento/Centro de Programa:	Estado del Puesto: _____ Fecha de Tenencia: _____ Teléfono o Identificador:	
Tipo de Solicitud: <input type="checkbox"/> Crear <input type="checkbox"/> Modificar <input type="checkbox"/> Eliminar <input type="checkbox"/> Inactivar <input type="checkbox"/> Re-activar		
Sistema PeopleSoft 5.4		
Acceso Para:		
<input type="checkbox"/> Nivel Aprobación <input type="checkbox"/> Usuario Módulo <input type="checkbox"/> Búsqueda		
<input type="checkbox"/> eProcurement <input type="checkbox"/> Purchasing <input type="checkbox"/> General Ledger <input type="checkbox"/> Commitment Control <input type="checkbox"/> Inventory <input type="checkbox"/> Accounts Payable <input type="checkbox"/> Reporting Tools <input type="checkbox"/> Asset Management <input type="checkbox"/> Vendedores <input type="checkbox"/> Billing <input type="checkbox"/> Banking <input type="checkbox"/> Setup Financials/Supply Tree/Chain Manager <input type="checkbox"/> PR-ASSMCA Custom <input type="checkbox"/> Items <input type="checkbox"/> Accounts Receivable		
Últimos cuatro (4) dígitos del seguro social del usuario: _____		
Sistema SalesForce:		
Acceso para:		
<input type="checkbox"/> Licenciamiento <input type="checkbox"/> Calidad <input type="checkbox"/> Leer <input type="checkbox"/> Crear <input type="checkbox"/> Eliminar <input type="checkbox"/> Modificar <input type="checkbox"/> Ver todo		
Seleccionar el Tipo de Perfil: <input type="checkbox"/> Reguladores <input type="checkbox"/> Admin Reguladores <input type="checkbox"/> Licenciamiento <input type="checkbox"/> Licenciamiento sin licencias <input type="checkbox"/> Calidad/Licenciamiento <input type="checkbox"/> ASSMCA Community <input type="checkbox"/> Estadísticas		
Sistemas Multiusuarios		
Privilegios para acceder los sistemas		
Leer Editar Eliminar		
1. Sistema Estadístico de ASSMCA - SEPS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Sistema Administrativo de Correspondencia Interna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. Líneas PAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. Recursos Humanos – Adm. Auxiliar Recursos Humanos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. Sistema Dispensación Electrónica Metadona "SMART" <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. Sistema MedOne2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Sistemas Externos		
7. PRIFAS (cuentas y privilegios definidos por Hacienda) <input type="checkbox"/> 8. RHUM (cuentas y privilegios definidos por Hacienda) <input type="checkbox"/>		
Servicios del ASSMCA.Net		
9. <input type="checkbox"/> Correo Electrónico (Office 365) 10. <input type="checkbox"/> Internet acceso páginas de gobierno solamente 11. <input type="checkbox"/> Acceso a Directorio y/o Áreas Compartidas Indique el directorio o área compartida: 12. <input type="checkbox"/> Acceso a Internet no limitado porque es requisito primario de las funciones que estaré realizando		
Todos los accesos a los sistemas de información de la ASSMCA son <u>auditorables</u> , y están regidos por la Orden Administrativa 2017-01, Política Interna para Regular el Uso de los Sistemas de Información, el usuario firmará el recibo de la copia de la Orden Administrativa 2017-01 al momento de solicitar la cuenta de acceso a la red.		
Firma: _____ Fecha: _____		
Propósito / Justificación de la cuenta: _____ _____ _____		
Firma del Solicitante _____ Fecha _____		
EL SOLICITANTE AQUÍ MANIFESTA DE SU AUTORIZACIÓN QUE LE PROVEA AL USUARIO Y SOLICITARÁ LA MODIFICACIÓN, ELIMINACIÓN, INACTIVACIÓN O INACTIVACIÓN DE LA CUENTA DE ACCESO DEL MISMO, EN CASO DE RELACIONES O TRABAJO, RETIRO, FERIADA U OTRA TRANSACCIONES DE CAMBIO DEL USUARIO.		
Firma del Usuario _____ Fecha _____		
EL USUARIO AQUÍ MANIFIESTA DE SU USO DE SU CUENTA Y CONTRARIA DE ACCESO A LOS SISTEMAS VILANO POR IGNORAR LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL USO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN CONSTITUCIÓN DE ASSMCA.		
Para los sistemas de CDR		
Firma Director: _____	Fecha: _____	
Firma Técnico: _____	Fecha de Creación: _____	Código de Acceso (Login Name): _____
Notas / Comentarios: _____		

ANEJO 6: Formulario de Adiestramiento y Activación de Cuentas SEPS



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Servicios de Salud Mental
y Contra la Adicción



FORMULARIO DE ADIESTRAMIENTO Y ACTIVACIÓN DE CUENTAS SEPS

Fecha: (mm/dd/aa):	/	/
Hora:	:	AM PM
Lugar:		
Nombre completo de los recursos	Puesto	Firma
1.		
2.		

Temas cubiertos (marcar todas las que apliquen)

- Manual para la recopilación de datos estadísticos en SEPS Forma correcta de llenar perfiles de admisión, evaluación de progreso, alta
 Registro de Perfiles en SEPS IMCA

#	Nombre completo	Título/ Posición	Núm. teléfono/ correo electrónico	Programa al que registrarán	Firma/Iniciales
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

PARA PROPÓSITO OFICIAL DE LA UEE

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN A ACTIVAR CUENTAS DE USUARIOS EN SEPS

El personal anotado ha sido adiestrado y se encuentra autorizado para que la Oficina de Informática cree/ active la cuenta de usuario para Registro de Perfiles de Admisiones, Evaluaciones y Altas en el SEPS

Nombre y Firma del técnico de cumplimiento/adiestrador/recurso que certifica

Nombre y Firma la Coordinador(a) UEE

UEE, OPFP
12/2019