

# STOT

## State Outcome Tracking

**Spanish Version**

# CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?  
(Marque con un "□" para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING   0   +        +        +       

=Total Score:       

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

**RESULTADOS DE MEDIDAS DE  
PROGRAMAS DISCRECIONALES  
PARA CLIENTES DE CSAT GPRA  
Revisado el 1 de Junio, 2012**

---

El tiempo calculado para suministrar este cuestionario y obtener la información correspondiente se estima en un promedio de 30 minutos por pregunta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información, si todas las secciones son preguntadas al cliente/participante. Si gran parte de la información ya ha sido recaudada como parte del seguimiento continuo del cliente, menos tiempo será requerido. Envié sus comentarios acerca del tiempo o cualquier otro aspecto de la recaudación de información de este formulario a SAMHSA Reports Clearance Office, Room 7-1045, 1 Choke Cherry Road, Rockville, MD 20857. Ninguna agencia podrá conducir o auspiciar la recaudación de esta información, al igual que tampoco se le obliga a ninguna persona a contestarla a menos que la misma tenga un número de control válido y vigente de OMB. El número de control de este proyecto es 0930-0208.

**A. CONTROL DE ARCHIVOS**

Número de cliente

**Tipo de Cliente:**

- Cliente en tratamiento
- Cliente en recuperación

Número de contrato/concesión

**Tipo de entrevista [MARQUE SOLAMENTE UNO]**

Entrevista inicial [VEA LA FECHA DE ENTREVISTA]

Seguimiento de 6 meses → → → ¿Llevó a cabo usted la entrevista siguiente?  Sí  No  
**[SI LA RESPUESTA ES NO, PROCEDA A LA SECCIÓN I]**

Seguimiento de 3 meses (SOLAMENTE PARA PROGRAMAS SELECCIONADOS) → → →  
¿Llevó a cabo usted la entrevista de seguimiento?  Sí  No  
**[SI LA RESPUESTA ES NO, PROCEDA A LA SECCIÓN I]**

De Alta → → → ¿Llevó a cabo usted la entrevista final?  Sí  No  
**[SI LA RESPUESTA ES NO, PROCEDA A LA SECCIÓN J]**

Fecha de la entrevista   /   /     
Mes Día Año

**[ENTREVISTAS DE SEGUIMIENTO Y DE ALTAS: PROCEDA A LA SECCIÓN B]**

**1. ¿Fue el cliente examinado por su programa por desórdenes o trastornos co-ocurrentes de ambos salud mental y por uso de sustancias?**

- SÍ
- NO [SI LA RESPUESTA ES “NO” PROCEDA A 1A]

**1a. [SI LA RESPUESTA ES SÍ] ¿Resultó positivo el cliente a desórdenes o trastornos co-ocurrentes de salud mental y por el uso de sustancias?**

- SÍ
- NO

**2. ¿Cual fue el resultado del examen a los programas SBIRT?**

- Negativo
- Positivo

**2a. ¿Cual fue el resultado del examen?**

AUDIT = |\_\_|\_\_|

CAGE = |\_\_|\_\_|

DAST = |\_\_|\_\_|

DAST-10 = |\_\_|\_\_|

NIAAA de guía = |\_\_|\_\_|

ASSIST/Subnota de alcohol = |\_\_|\_\_|

Otro (Especifique) \_\_\_\_\_ = |\_\_|\_\_|

---

---

---

**3. ¿Estuvo el/ella dispuesto a continuar su participación en el programa de SBIRT?**

- SÍ
- NO

**A. CONTROL DE ARCHIVOS– DEMOGRAFÍA [SOLAMENTE PREGUNTE EN LA ENTREVISTA INICIAL/LÍNEA DE BASE]**

**1. ¿Cuál es su género?**

- MASCULINO
- FEMENINO
- TRANSGÉNERO
- OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
- REHÚSA A CONTESTAR

**2. ¿Es usted Hispano o Latino?**

- SÍ
- NO
- REHÚSA A CONTESTAR

**[SI ES SÍ] ¿De qué grupo étnico se considera usted? Por favor conteste sí o no a los siguientes grupos. Usted puede decir sí a más de uno.**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Rehúsa</b>
Centroamericano(a)	S	N	REHÚSA
Cubano(a)	S	N	REHÚSA
Dominicano(a)	S	N	REHÚSA
Mexicano(a)	S	N	REHÚSA
Puertorriqueño(a)	S	N	REHÚSA
Sur Americano(a)	S	N	REHÚSA
Otro	S	N	REHÚSA [SI ES SÍ ESPECIFIQUE ABAJO] (Especifique) _____

**3. ¿Cuál es su raza? Por favor conteste sí o no a cada uno de los siguientes grupos. Usted puede decir sí a más de uno.**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Rehúsa</b>
Raza negra o afro americano	S	N	REHÚSA
Asiático	S	N	REHÚSA
Hawaiano o de las islas del pacífico	S	N	REHÚSA
Nativo de Alaska	S	N	REHÚSA
Raza blanca	S	N	REHÚSA
Indígena o Americanos Nativos	S	N	REHÚSA

**4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?\***

\_\_\_\_|\_\_\_\_| / \_\_\_\_|\_\_\_\_| /  
MES DÍA

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
AÑO

- REHÚSA [\*EL SISTEMA SOLAMENTE GUARDARÁ EL MES Y AÑO. EL DÍA NO SE VA A GUARDAR PARA MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD.]

## FAMILIA Y DESPLIEGUE MILITAR

5. **¿Alguna vez prestó servicio en las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional? [SI LA RESPUESTA ES SÍ] ¿En qué sector (las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional) prestó servicio?**

- NO
- SÍ, EN LAS FUERZAS ARMADAS
- SÍ, EN LAS RESERVAS
- SÍ, EN LA GUARDIA NACIONAL
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

**[SI LA RESPUESTA ES “NO”, SE “REHÚSA A CONTESTAR” O “NO SABE”, PROCEDA A LA PREGUNTA A6.]**

5a. **¿Se encuentra actualmente en servicio activo en las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional? [SI LA RESPUESTA ES SÍ] ¿En qué servicio (las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional)?**

- NO, DADO DE BAJA O RETIRADO DE LAS FUERZAS ARMADAS, LAS RESERVAS O LA GUARDIA NACIONAL
- SÍ, EN LAS FUERZAS ARMADAS
- SÍ, EN LAS RESERVAS
- SÍ, EN LA GUARDIA NACIONAL
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

5b. **¿Alguna vez fue desplegado/enviado a una zona de combate? [SELECCIONE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN.]**

- NUNCA FUE DESPLEGADO/ENVIADO
- FUE DESPLEGADO/ENVIADO A IRAK O AFGANISTÁN (POR EJ., OEF/OIF/OND)
- FUE DESPLEGADO/ENVIADO AL GOLFO PÉRSICO (OPERACION ESCUDO DEL DESIERTO/TORMENTA DEL DESIERTO)
- FUE DESPLEGADO/ENVIADO A VIETNAM/SUDESTE DE ASIA
- FUE DESPLEGADO/ENVIADO A COREA
- FUE DESPLEGADO/ENVIADO A LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL
- FUE DESPLEGADO/ENVIADO A UNA ZONA DE COMBATE NO MENCIONADA ANTERIORMENTE (POR EJ., BOSNIA/SOMALIA)
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

BECARIOS SBIRT: Para los clientes que revisaron NEGATIVAS, omisión de elementos A6, A6a-A6d

**FAMILIA Y DESPLIEGUE MILITAR (continuación)**

6. ¿Alguien de su familia o alguien cercano a usted está en servicio activo en las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional, o dado de baja o retirado de las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional?
- NO
  - SÍ, SOLO UNA PERSONA
  - SÍ, MÁS DE UNA PERSONA
  - REHÚSA A CONTESTAR
  - NO SABE

**[SI LA RESPUESTA ES “NO”, SE “REHÚSA A CONTESTAR” O “NO SABE”, PROCEDA A LA SECCIÓN B.]**

<b>[SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, PUEDE SELECCIONAR HASTA 6 PERSONAS] ¿Cuál es la relación de esa persona (miembro del servicio) con usted? [ESCRIBA LA RELACIÓN EN EL TÍTULO DE LA COLUMNA]</b>						
	1 = Madre	5 = Cónyuge				
	2 = Padre	6 = Pareja				
	3 = Hermano	7 = Hijo/a				
	4 = Hermana	8 = Otro (especificar) _____				
<b>El miembro del servicio, ¿tuvo alguna de las siguientes experiencias? [MARQUE LA RESPUESTA EN LA COLUMNA ADECUADA PARA TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN]:</b>	<b>(Relación) 1.</b>	<b>(Relación) 2.</b>	<b>(Relación) 3.</b>	<b>(Relación) 4.</b>	<b>(Relación) 5.</b>	<b>(Relación) 6.</b>
<b>6a. ¿Fue desplegado/enviado como apoyo de operaciones de combate (por ej., Irak o Afganistán)?</b>	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE
<b>6b. ¿Sufrió alguna lesión física durante operaciones de combate?</b>	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE
<b>6c. ¿Desarrolló síntomas de estrés por combate/dificultades para adaptarse luego de ser desplegado/enviado, incluyendo TEP Trastorno de Estrés Postraumático, (PTSD), depresión o pensamientos suicidas?</b>	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE
<b>6d. ¿Murió o murió en combate?</b>	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REHÚSA <input type="radio"/> NO SABE



**B. USO DE ALCOHOL Y DROGAS**

**EN LA SECCION B, LOS BENEFICIARIOS /ADJUDICATARIOS DE ORP DEBEN USAR LOS 90 DÍAS ANTES DEL ENCARCELAMIENTO PARA TODAS LA ENTREVISTAS DE ADMISION Y 90 DIAS PREVIOS A LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO Y DESCARTE.**

		Número de días	REHÚSA	NO SABE
<b>1.</b>	<b>Durante los últimos 30 días ¿Por cuántos días ha usado las siguientes sustancias?</b>			
a.	Cualquier bebida con alcohol <b>[SI LA RESPUESTA ES CERO, PROCEDA AL B1c]</b>	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b1.	Alcohol hasta intoxicarse o emborracharse (5 tragos o mas en una sola ocasión)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b2.	Alcohol hasta intoxicarse o emborracharse (4 tragos o menos en una sola ocasión y sintió el efecto del alcohol)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Drogas ilegales <b>[SI B1a Q B1c = 0, RH, NS, PROCEDA AL B2.]</b>	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	Ambos alcohol y drogas (el mismo día)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Tipo de ruta de administración:**

1. Oral 2. Nasal 3. Fumando 4. Inyectando no en la vena  
5. Inyectando en la vena

\*NOTE LA RUTA USUAL. POR MÁS DE UNA RUTA, ESCOJA LA MÁS SEVERA. LAS RUTAS ESTÁN MENCIONADAS DE LA MENOS SEVERA (1) A LA MÁS SEVERA (5)

		Número de días	RH	NS	Ruta*	RH	NS
<b>2.</b>	<b>Durante los últimos 30 días ¿Por cuántos días usted ha usado alguna de las siguientes sustancias? [SI EL VALOR DE B2a A B2i &gt; 0, ENTONCES EL VALOR DE B1c DEBE SER &gt; 0.]</b>						
a.	Cocaína/roca (crack)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Marijuana/hachís (pasto, yerba, krippie = PR, chocolate)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Opios/opiáceos:						
1.	Heroína (tecata, manteca, chiva, hombrecitos)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Morfina	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Diluadid	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Demerol	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Percocet	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Darvon	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Codeína	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Tylenol 2,3,4	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Oxycontin/Oxycodone	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	Metadona sin receta (LAAM, dolopina)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.	Fenciclidina (PCP, niebla) u otros alucinógenos/psicodélicos, MDMA, LSD (ácido), psilocibina (las mujercitas), mescalína (peyote), hongos	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f.	Metanfetamina (cristina), u otras anfetaminas (bombitas), “crank = LA, SF”	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**B. USO DE ALCOHOL Y DROGAS (continuación)**

**Tipo de ruta de administración:**

1. Oral 2. Nasal 3. Fumando 4. Inyectando no en la vena  
5. Inyectando en la vena

\*NOTE LA RUTA USUAL. POR MÁS DE UNA RUTA, ESCOJA LA MÁS SEVERA. LAS RUTAS ESTÁN MENCIONADAS DE LA MENOS SEVERA (1) A LA MÁS SEVERA (5)

**2. Durante los últimos 30 días ¿Por cuántos días a usado alguna de las siguientes sustancias? ) [SI EL VALOR DE B2a HASTA B2i > 0, ENTONCES EL VALOR DE B1c DEBE SER > 0.]**

		Número de días		RH	NS	Ruta*		RH	NS	
g.	1.	Benzodiacepina: Diazepan (Valium), Alpeazolam (Xanax), Triazolam (Halción), y Estasolam (Prosom y Rohypnol, y también conocido como roofies, roche, y cope)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.	Barbitúricos: Mephobarbital (Mebacut); y pentobarbital sodium (Nembutal)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3.	Sin receta GHB (conocido como daño corporal grave), éxtasis en líquido, y (Chico Georgia) G		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4.	Ketamina (conocida como Special K o vitamina K)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	5.	Otros tranquilizadores, sedantes o hipnóticos.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h.	Inhalantes, anfetaminas, pega = PR, goma = Mexico, disolvente, gasolina, pintura			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i.	Otras drogas ilegales (especifique) _____			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**3. Durante los últimos 30 días ¿Se ha inyectado drogas? [SI CUALQUIER VIA DE ADMINISTRACION DE B2a HASTA B2i = 4 o 5, ENTONCES B3 TIENE QUE SER = SÍ.]**

- SÍ  
 NO  
 REHÚSA A CONTESTAR  
 NO SABE

**[SI LA RESPUESTA ES “REHÚSA A CONTESTAR”, “NO”, O “NO SABE”, PROCEDA A LA SECCIÓN C.]**

**4. En los últimos 30 días ¿Con que regularidad (frecuencia) ha utilizado una jeringa (jeringilla)/aguja, puya, erre, algodón, o el agua que había sido usada por otra persona?**

- Siempre  
 Más de la mitad de las ocasiones  
 La mitad de las ocasiones  
 Menos de la mitad de las ocasiones  
 Nunca  
 REHÚSA A CONTESTAR  
 NO SABE

## C. CONDICIONES FAMILIARES Y DE VIVIENDA

1. Durante los últimos 30 días ¿Dónde ha vivido la mayoría del tiempo? [NO LE LEA LAS OPCIONES AL CLIENTE]

- EN UN ALBERGUE O SHELTER (LUGAR SEGURO, CENTRO TRANSITORIO DE VIVIENDA, UN LUGAR DE BAJA DEMANDA, OTROS LUGARES TRANSITORIOS DE DÍA O NOCHE)
- EN LA CALLE [AFUERA EN LA ACERA (BANQUETA), EN UN PORTAL O EDIFICIO ABANDONADO, PARQUE]
- EN UNA INSTITUCIÓN, (HOSPITAL, CASA DE REPOSO O ASISTENCIA, CÁRCEL, PRISIÓN)
  - EN UNA CASA
  - CASA, APARTAMENTO O CUARTO/HABITACIÓN (PROPIO/RENTADO)
  - CASA, APARTAMENTO, O CUARTO/HABITACIÓN DE OTRA PERSONA
  - RESIDE EN DORMITORIO O COLEGIO
  - CASA DE REHABILITACIÓN
  - TRATAMIENTO RESIDENCIAL
  - OTRA CLASE DE ALOJAMIENTO/ALBERGUE, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

2. Durante los últimos 30 días, ¿Cuánto estrés (preocupación excesiva) ha sufrido por su uso de alcohol o drogas? [SI B1a Q B1c > 0, ENTONCES C2 NO PUEDE SER = "NO APLICA".]

- Ninguno
- Un poco
- Considerable
- Bastante
- NO APLICA
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

3. Durante los últimos 30 días, ¿Su uso de alcohol o drogas le ha causado reducir o abandonar actividades importantes? [SI B1a Q B1c > 0, ENTONCES C3 NO PUEDE SER = "NO APLICA".]

- Ninguno
- Un poco
- Considerable
- Bastante
- NO APLICA
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

4. Durante los últimos 30 días, ¿Su uso de alcohol o drogas le ha causado problemas emocionales? [SI B1a Q B1c > 0, ENTONCES C4 NO PUEDE SER = "NO APLICA".]

- Ninguno
- Un poco
- Considerable
- Bastante
- NO APLICA
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

**C. CONDICIONES FAMILIARES Y DE VIVIENDA (continuación)**

**5. [SI NO ES MASCULINO] ¿Está embarazada?**

- SÍ
- NO
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

**6. ¿Tiene usted hijos?**

- SÍ
- NO
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

***[SI LA RESPUESTA ES “NO”, “REHÚSA A CONTESTAR” O “NO” SABE PROCEDA A LA SECCIÓN D.]***

**a. ¿Cuántos hijos tiene usted? [SI C6 = SÍ, ENTONCES EL VALOR DE C6a DEBE SER > 0.]**

\_\_\_\_|\_\_\_\_|       REHÚSA A CONTESTAR       NO SABE

**b. ¿Tiene usted alguno de sus hijos viviendo con otra persona por causa de alguna protección de la corte?**

- SÍ
- NO
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

***[SI LA RESPUESTA ES “NO”, “REHÚSA A CONTESTAR” O “NO SABE” PROCEDA A LA PREGUNTA C6d.]***

**c. [SI LA RESPUESTA ES SÍ] ¿Cuántos de sus hijos están viviendo con otra persona por causa de alguna orden de protección de la corte? [EL VALOR DE C6c NO PUEDE EXEDER EL VALOR DE C6a.]**

\_\_\_\_|\_\_\_\_|       REHÚSA A CONTESTAR       NO SABE

**d. ¿Por cuántos de sus hijos usted ha perdido sus derechos de padre? [LOS DERECHOS DE PADRE DEL CLIENTE SE LOS QUITARON.] [EL VALOR DE C6d NO PUEDE EXEDER EL VALOR DE C6a.]**

\_\_\_\_|\_\_\_\_|       REHÚSA A CONTESTAR       NO SABE

## D. EDUCACIÓN, EMPLEO, E INGRESOS ECONÓMICOS

1. **¿Está usted inscrito o matriculado en una escuela o programa de entrenamiento para empleo? [SI ESTÁ INSCRITO], ¿Es por tiempo completo o parcial? [SI EL CLIENTE ESTA ENCARCELADO MARQUE DI COMO "NO ESTOY INSCRITO O MATRICULADO."]**
- NO ESTOY INSCRITO O MATRICULADO
  - INSCRITO A TIEMPO COMPLETO
  - INSCRITO A TIEMPO PARCIAL
  - OTRA FORMA (ESPECIFIQUE)
  - REHÚSA A CONTESTAR
  - NO SABE
2. **¿Hasta qué grado o nivel de educación ha completado, aunque no se haya graduado o recibido un diploma?**
- NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA
  - 1<sup>r</sup> GRADO
  - 2<sup>o</sup> GRADO
  - 3<sup>o</sup> GRADO
  - 4<sup>o</sup> GRADO
  - 5<sup>o</sup> GRADO
  - 6<sup>o</sup> GRADO
  - 7<sup>o</sup> GRADO
  - 8<sup>o</sup> GRADO
  - 9<sup>o</sup> GRADO
  - 10<sup>o</sup> GRADO
  - 11<sup>o</sup> GRADO
  - 12<sup>o</sup> GRADO/DIPLOMA DE SECUNDARIA O EQUIVALENTE
  - PRIMER AÑO UNIVERSITARIO (COLLEGE) COMPLETADO
  - SEGUNDO AÑO UNIVERSITARIO (COLLEGE) COMPLETADO CON UN GRADO DE ASOCIADO (AA, AS)
  - TERCER AÑO UNIVERSITARIO (COLLEGE) COMPLETADO
  - BACHILLERATO (BA,BS) O MÁS ALTO
  - PROGRAMA VOCACIONAL TÉCNICO DESPUÉS DE LA SECUNDARIA PERO SIN RECIBIR DIPLOMA
  - DIPLOMA DE PROGRAMA VOCACIONAL TÉCNICO DESPUÉS DE LA SECUNDARIA
  - REHÚSA A CONTESTAR
  - NO SABE

**D. EDUCACIÓN, EMPLEO, E INGRESOS ECONÓMICOS (continuación)**

3. ¿Tiene usted un empleo actualmente? *[ACLARE ENFOCÁNDOSE EN LA CONDICIÓN DURANTE LA MAYOR PARTE DE LA SEMANA. ASÍ DETERMINARÁ SI EL CLIENTE REALMENTE TRABAJÓ, O TUVO EMPLEO PERO ESTUVO AUSENTE. SI EL CLIENTE ESTA INSCRITO A TIEMPO COMPLETO EN D1 E INDICA “EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO” EN D3, PIDA UNA ACLARACION. SI EL CLIENTE ESTA ENCARCELADO Y NO TIENE EMPLEO FUERA DE LA CARCEL, MARQUE D3 COMO “DESEMPLEADO, Y NO BUSCA TRABAJO”.]*

- EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO (35 HORAS O MÁS POR SEMANA, O LO HUBIERA TENIDO)
- EMPLEADO A TIEMPO PARCIAL
- DESEMPLEADO, BUSCANDO TRABAJO
- DESEMPLEADO, INCAPACITADO = PR
- DESEMPLEADO O HACE TRABAJO VOLUNTARIO
- DESEMPLEADO, JUBILADO (RETIRADO)
- DESEMPLEADO, Y NO BUSCA TRABAJO
- OTRA CONDICIÓN (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

4. ¿Cuánto dinero aproximadamente ha recibido USTED durante los últimos 30 días? (antes de pagar de impuestos). De... *[SI D3 NO = “EMPLEADO” Y EL VALOR DE D4a ES MAYOR QUE ZERO, AVERIGUE. SI D3 = “DESEMPLEADO, BUSCANDO TRABAJO” Y EL VALOR DE D4b = 0, AVERIGUE. SI D3 = “DESEMPLEADO, JUBILADO (RETIRADO)” Y EL VALOR DE D4c = 0, AVERIGUE. SI D3 = “DESEMPLEADO, INCAPACITADO” Y EL VALOR DE D4d = 0, AVERIGUE.]*

		RH	NS
a. Salario	\$  __ __ ,  __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Asistencia pública	\$  __ __ ,  __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Jubilación (retiro)	\$  __ __ ,  __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Por incapacidad	\$  __ __ ,  __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Ingresos ilegales	\$  __ __ ,  __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Familia y/o amigos	\$  __ __ ,  __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Otro (especifique)	\$  __ __ ,  __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\_\_\_\_\_

**E. CONDICIÓN LEGAL Y CRIMINAL**

1. En los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha sido arrestado?

|\_\_|\_|\_\_| VECES     REHÚSA A CONTESTAR     NO SABE

*[SI NO HA SIDO ARRESTADO, PROCEDA A LA PREGUNTA E3]*

2. En los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha sido arrestado por delitos relacionados con drogas? *[EL VALOR DE E2 NO PUEDE SER MÁS QUE EL VALOR DE E1.]*

|\_\_|\_|\_\_| VECES     REHÚSA A CONTESTAR     NO SABE

---

**E. CONDICIÓN LEGAL Y CRIMINAL (continuación)**

3. **En los últimos 30 días, ¿Cuántas noches ha pasado en prisión/cárcel? [SI EL VALOR DE E3 ES MAYOR QUE 15, ENTONCES C1 DEBE SER = INSTITUCIÓN (CARCEL/PRISION). SI C1 = INSTITUCIÓN (CARCEL/PRISION), ENTONCES EL VALOR DE E3 DEBE SER MAYOR O IGUAL A 15.]**

|\_|\_| NOCHES     REHÚSA A CONTESTAR     NO SABE

4. **Durante los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha cometido usted algún crimen? [MARQUE EL NÚMERO DE DÍAS QUE EL CLIENTE USÓ DROGAS ILEGALES EN LA B1c PÁGINA 5. LA RESPUESTA AQUÍ EN LA SECCIÓN E4 TIENE QUE SER IGUAL O MÁS QUE LA RESPUESTA EN LA B1c PORQUE EL USAR DROGAS ILEGALES ES UN CRIMEN.]**

|\_|\_|\_| VECES     REHÚSA A CONTESTAR     NO SABE

5. **¿Está usted en espera de algún cargo criminal, juicio o sentencia?**

SÍ  
 NO  
 REHÚSA A CONTESTAR  
 NO SABE

6. **¿Está usted en estos momentos en libertad bajo palabra o condicional?**

SÍ  
 NO  
 REHÚSA A CONTESTAR  
 NO SABE

---

**F. PROBLEMAS DE SALUD FÍSICOS Y MENTALES Y TRATAMIENTOS / RECUPERACIÓN**

1. **¿Cómo describiría usted su salud actual?**

Excelente  
 Muy buena  
 Buena  
 Regular  
 Mal  
 REHÚSA A CONTESTAR  
 NO SABE

**F. PROBLEMAS DE SALUD FÍSICOS Y MENTALES Y TRATAMIENTOS/RECUPERACIÓN  
(continuación)**

**2. Durante los últimos 30 días, ha recibido usted:**

**a. Hospitalizado para Tratamiento por:**

	<b>SÍ</b>	<b>[SI ES SÍ] Total de noches</b>	<b>NO</b>	<b>RH</b>	<b>NS</b>
i. Problema o queja física	<input type="radio"/>	_____ noches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ii. Dificultades mentales o emocionales	<input type="radio"/>	_____ noches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iii. Abuso de alcohol o drogas	<input type="radio"/>	_____ noches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**b. Tratamiento externo (ambulatorio)  
por:**

	<b>SÍ</b>	<b>[SI ES SÍ] Total de veces</b>	<b>NO</b>	<b>RH</b>	<b>NS</b>
i. Problemas o quejas físicas	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ii. Dificultades mentales o emocionales	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iii. Abuso de alcohol o drogas	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**c. Tratamiento en sala de emergencia**

	<b>SÍ</b>	<b>[SI ES SÍ] Total de veces</b>	<b>NO</b>	<b>RH</b>	<b>NS</b>
i. Problemas o quejas físicas	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ii. Dificultades mentales o emocionales	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iii. Abuso de alcohol o drogas	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**F. PROBLEMAS DE SALUD FÍSICOS Y MENTALES Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN (continuación)**

**3. ¿Durante los últimos 30 días ha tenido actividades sexuales?**

- Sí
- No → **[PROCEDA AL F4]**
- NO ES PERMITIDO PREGUNTARLE → **[PROCEDA AL F4.]**
- REHÚSA A CONTESTAR **[PROCEDA AL F4.]**
- NO SABE → **[PROCEDA AL F4.]**

**[SI LA RESPUESTA ES SÍ] Todo junto, cuantas veces:**

	<b>Contactos</b>	<b>RH</b>	<b>NS</b>
a. ¿Ha tenido contactos sexuales? (vaginal, oral, anal)	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Ha tenido contactos sexuales sin protección? <b>[EL VALOR DE F3b NO DEBE SER MAYOR QUE EL VALOR DE F3a.]</b> <b>[SI ES CERO, PROCEDA A F4.]</b>	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Los contactos sexuales sin protección fueron con una persona la cual es o era: <b>[NINGUNO DE LOS VALORES DE F3c1 A F3c3 NO PUEDE SER MAYOR AL VALOR DE F3b.]</b>			
1. Portador del virus VIH/SIDA	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Alguien que usa drogas inyectables	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Intoxicado(a) con alguna sustancia	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**4. ¿Alguna vez se ha realizado usted la prueba del VIH?**

- Sí..... **[PROCEDA AL F4a.]**
- No..... **[PROCEDA AL F5.]**
- REHÚSA..... **[PROCEDA AL F5]**
- NO SABE..... **[PROCEDA AL F5.]**

**4a. ¿Sabe los resultados de su prueba del VIH?**

- Sí
- No

**5. Durante los últimos 30 días, y no causado por su uso de alcohol o drogas, cuántos días usted ha:**

	<b>Días</b>	<b>RH</b>	<b>NS</b>
a. Sufrido depresión grave	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Sufrido ansiedad o tensión grave	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Sufrido alucinaciones	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Sufrido problemas entendiendo, concentrándose o recordando algo	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Sufrido problemas controlando su temperamento violento	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Intentado suicidarse	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Recibido medicinas/recetas prescritas para problemas psicológicos/emocionales	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

***[SI EL CLIENTE CONTESTA CERO DÍAS A TODAS LAS OPCIONES EN LA PREGUNTA 5, PROCEDA A LA SECCIÓN F7]***

**6. ¿Cuánto le ha molestado/afectado esos problemas psicológicos o emocionales en los últimos 30 días?**

- Para nada
- Un poco
- Moderadamente
- Considerablemente
- Extremadamente
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

**VIOLENCIA Y TRAUMA**

**7. ¿Alguna vez vivió situaciones violentas o traumáticas en cualquier entorno (incluyendo violencia comunitaria o escolar; violencia doméstica; violencia física, psicológica o maltrato/abuso sexual dentro o fuera de la familia; desastre natural; terrorismo; abandono; pérdida traumática)?**

- SÍ
- NO ***[PROCEDA A LA PREGUNTA F8]***
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

***[SI LA RESPUESTA ES “NO,”“REHÚSA A CONTESTAR” O “NO SABE”, PROCEDA A LA SECCIÓN F8.]***

**F. PROBLEMAS MENTALES Y FÍSICOS Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN**  
**(Continuación)**

**Alguna de estas experiencias fue tan atemorizante, horrible o perturbadora que en el pasado y/o presente usted:**

**7a. ¿Ha tenido pesadillas sobre las mismas o ha pensado en ellas cuando no quería hacerlo?**

- SÍ
- NO
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

**7b. ¿Se ha esforzado por no pensar en ellas o ha hecho hasta lo imposible para evitar situaciones que se las recuerdan?**

- SÍ
- NO
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

**7c. ¿Ha estado constantemente en guardia, atento o se ha sobresaltado fácilmente?**

- SÍ
- NO
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

**7d. ¿Se ha sentido frío y distante respecto a otras personas, las actividades que realiza o su entorno?**

- SÍ
- NO
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

**8. ¿En los últimos 30 días, con qué frecuencia fue golpeado, pateado, abofeteado o herido físicamente?**

- Nunca
- Algunas veces
- Más que algunas veces
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

**G. CONEXIONES SOCIALES**

1. **¿Durante los últimos 30 días ha asistido usted voluntariamente a algún programa para grupos de ayuda personal y de recuperación que no sean afiliados con alguna religión u organización basada en fe? Para decirlo de otra manera, ¿ha participado usted en algún grupo no profesional, grupo organizado de una a otra persona, que sea solamente dedicado a ayudar individuos que tienen problemas relacionados con adicción? Programas como son los Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, La Casa Oxford, Organización Secular para la Sobriedad, o Mujeres Sobrias, etc.**

- SÍ **[SI ES SÍ]** ESPECIFIQUE CUANTAS VECES \_\_\_\_  REHÚSA A CONTESTAR  NO SABE
- NO
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

2. **¿Durante los últimos 30 días, ha usted asistido a algún programa de ayuda personal afiliado con alguna religión / organización basada en fe?**

- SÍ **[SI ES SÍ]** ESPECIFIQUE CUANTAS VECES \_\_\_\_  REHÚSA A CONTESTAR  NO SABE
- NO
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

3. **¿Durante los últimos 30 días, ha usted asistido a alguna reunión de alguna organización que apoya a la recuperación que no se haya mencionado hasta el momento?**

- SÍ **[SI ES SÍ]** ESPECIFIQUE CUANTAS VECES \_\_\_\_  REHÚSA A CONTESTAR  NO SABE
- NO
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

4. **¿Durante los últimos 30 días ha usted tenido algún intercambio con un familiar/amigo que lo apoye en su recuperación?**

- SÍ
- NO
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE

5. **¿Con quien puede hablar usted cuando tiene problemas? [SELECCIONE SOLAMENTE UNA RESPUESTA]**

- NADIE
- SACERDOTE/MINISTRO O PERSONA CLERICAL DE UNA IGLESIA
- MIEMBRO FAMILIA
- AMIGOS
- REHÚSA A CONTESTAR
- NO SABE
- OTRO, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

---

**I. ESTADO EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO**

***[REPORTE DADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA ACERCA DEL CLIENTE SOLAMENTE EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO]***

**1. ¿Cuál es el estado del cliente en la entrevista de seguimiento? *[EN ESTA ÁREA SE REQUIERE UNA RESPUESTA: NO SE ACEPTARÁ: NO APPLICABLE (NA), REHÚSA A CONTESTAR, NO SABE, O NO EXISTE]***

- 01 = Difunto/fallecido a la fecha de la entrevista
- 11 = Entrevista completada de acuerdo a la fecha indicada
- 12 = Entrevista completada pero fuera de la fecha indicada
- 21 = Localizado/a pero se rehusó a participar en la entrevista, sin ninguna especificación
- 22 = Localizado/a pero no se logró acceso a la institución donde se encuentra el cliente
- 23 = Localizado/a pero no se logró acceso
- 24 = Localizado/a pero se retiró del programa/proyecto
- 31 = No se logró localizar, se mudó, cambió de dirección
- 32 = No se logró localizar (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

**2. ¿Todavía está recibiendo servicios de su programa el cliente?**

- Sí
- No

***[SI ESTA ES UNA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO PARE AHORA, LA ENTREVISTA HA TERMINADO]***

**J. ESTADO DE ALTA DEL CLIENTE**

**[REPORTE DADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA ACERCA DEL CLIENTE CUANDO SE LE DA DE ALTA)**

**1. ¿En que fecha se le dio de alta al cliente?**

|\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|  
Mes                  Día                  Año

**2. ¿Cuál es el estado de alta del cliente?**

- 01 = Completó programa/graduado
- 02 = Terminación/ fin

Si el cliente abandonó el programa/terminación ¿Cuál fue la razón de su abandono/terminación?

**[SELECCIONE UNA RESPUESTA]**

- 01 = Abandonó por su propia decisión en contra del consejo del personal, con progreso satisfactorio.
- 02 = Abandonó por su propia decisión en contra del consejos del personal, sin progreso satisfactorio.
- 03 = Dado de alta involuntario/se fue del tratamiento, debido a la falta de participación.
- 04 = Dado de alta involuntario/se fue del tratamiento debido a violaciones de las reglas.
- 05 = Referido/a a otro programa o servicios con progreso satisfactorio.
- 06 = Referido/a a otro programa o servicios sin progreso satisfactorio
- 07 = Encarcelado/a debido a una ofensa cometida durante tratamiento con progreso satisfactorio.
- 08 = Encarcelado/a por una ofensa cometida durante tratamiento sin progreso satisfactorio.
- 09 = Encarcelado/a debido a una orden de detención o cargo anterior, antes de entrar a tratamiento con progreso satisfactorio.
- 10 = Encarcelado/a debido a una orden de detención o por un cargo anterior, antes de entrar a tratamiento sin progreso satisfactorio.
- 11 = Transferido a otra facilidad de tratamiento debido a razones médicas/de salud.
- 12 = Fallecido/Difunto/Muerto
- 13 = Otra (Especifique)

**3. ¿El programa le realizo la prueba del VIH al cliente?**

- Sí..... [PROCEDA A LA SECCION K.]
- No ..... [SIGA A LA J4.]

**4. [SI LA RESPUESTA ES NO] ¿El programa refirió al cliente a hacerse la prueba?**

- Sí
- No