

Respuesta Estatal a los Opioides-III del Estado de Virginia (SOR-III)

Encuesta de tratamiento GPRA (Ley de Desempeño del Gobierno y Resultados)

Encuesta de Admisión

Versión revisada lanzada el 21 de enero, 2023

Esta encuesta fue recopilada por el Instituto OMNI con base en las Medidas de Resultados de los Clientes para Programas Discrecionales de la Administración de Servicios para Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA) Centro de Tratamiento del Abuso de Sustancias (CSAT) Ley de Desempeño y Resultados del Gobierno (GPRA).

Esta encuesta está diseñada para ser utilizada por los subreceptores financiados con los subsidios del SOR de Virginia que proveen servicios de tratamiento y recuperación.

Para más información o preguntas, por favor comuníquese con el equipo de apoyo SOR de OMNI: SORSupport@omni.org



SOR-III Índice de la Encuesta de Admisión

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN LA EVALUACIÓN	3
CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN LA EVALUACIÓN IN A JUSTICE SETTING.....	5
CONSENT SIGNATURE FORM	Error! Bookmark not defined.

SECCIONES ADMINISTRATIVAS PARA QUE EL PERSONAL CSB COMPLETE:

A. GESTIÓN DE REGISTROS.....	11
A. SERVICIOS PLANEADOS	Error! Bookmark not defined.

SECCIONES DE LA ENTREVISTA PARA SER COMPLETADAS CON EL CLIENTE:

A. DATOS DEMOGRÁFICOS	Error! Bookmark not defined.
A. HISTORIAL DE USO DE SUSTANCIAS Y SALUD MENTAL.....	17
C. CONDICIONES DE VIDA	23
D. EDUCACIÓN, EMPLEO E INGRESOS.....	25
E. LEGAL	27
F. SALUD MENTAL Y FÍSICA, Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN	28
G. RELACIONES SOCIALES.....	30
H. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	31

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN LA EVALUACIÓN

[ENTREGUE ESTA PAGINA AL CLIENTE PARA QUE LA CONSERVE]

Información Clave

1. Esta evaluación es sobre el tratamiento y/o servicios de recuperación que recibirá como parte del programa de Respuesta a Opioides del Estado de Virginia (SOR, por sus siglas en inglés). Estamos interesados en comprender cómo los servicios que recibe afectan la salud mental, uso de sustancias, y comportamientos relacionados.
2. Participación en la evaluación es completamente voluntaria.
3. La evaluación incluye tres encuestas (admisión, salida, y seguimiento seis meses después de la admisión), y cada encuesta le tomará 40 minutos a lo sumo.
4. Es posible que le hagan preguntas sobre temas sensibles sobre el uso de drogas y alcohol, o salud mental. Estas preguntas pueden causar angustia cuando usted piense en sus experiencias. Puede saltar cualquier pregunta que no quiere responder.
5. No hay beneficios directamente para usted al participar en esta evaluación. Sin embargo, los resultados pueden apoyar la comunidad del tratamiento y recuperación del uso de sustancias.
6. Esta evaluación y los servicios de tratamiento y recuperación que está recibiendo, por parte de SOR, están fundados por el Subsidio de Respuesta a Opioides que está financiado por la Administración de Servicios para Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés) del gobierno federal.
7. Si usted completa la encuesta que se le ofrece seis meses después de la admisión, será elegible para recibir una tarjeta de regalo de 30 dólares.

¿Por qué me invita participar en esta evaluación?

Se le ofrecen servicios de tratamiento y/o recuperación del uso de sustancias por parte del programa de Respuesta a Opioides del Estado de Virginia, un proyecto financiado por la Administración de Servicios por Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés). Se le pide participar en una evaluación de los servicios de tratamiento y/o recuperación que recibe para comprender qué bien funcionan para la gente. **Esta evaluación es voluntaria.** Si usted decide no participar, todavía puede recibir los servicios. La evaluación tiene como objetivo encontrar si los servicios de tratamiento y recuperación afectan la salud mental, uso de sustancias, y comportamientos relacionados.

¿Cuántas personas participarán en la evaluación?

Esta evaluación toma lugar en todos los 40 Comités de Servicio Comunitarios en Virginia. La evaluación incluirá aproximadamente 3,000 personas que entran a servicios de tratamiento y/o recuperación por parte de Subsidio SOR empezando octubre 2022 a septiembre 2024.

¿Qué información se recopilará para la evaluación?

Si usted acepta participar en esta evaluación, se le pedirá que comparta información sobre su edad, género, y raza/etnicidad. También se le preguntará acerca de cosas como su situación de vivienda, salud física o mental, consumo de alcohol o drogas, tratamiento recibido, problemas con la justicia penal, su educación, y si trabaja, sus ingresos. Información sobre cualquier servicio de tratamiento y/o recuperación que usted reciba de parte de este programa también será recopilada.

¿Qué pasará con la información que recopilará para la evaluación?

La información será recopilada por el establecimiento donde usted completa la encuesta y será compartida con OMNI Institute, una organización de investigación y evaluación en Denver, CO que fue contratada por Virginia para dirigir esta evaluación. Su nombre no será compartido con OMNI Institute, solamente un número de identificación que está usado en sus expedientes médicos.

La información que comparte solo se utilizará para esta evaluación y se mantendrá confidencial. La información que usted provea será combinada con información de otros en el programa para asegurar que los **resultados de la evaluación no podrán ser conectado a usted individualmente.** Las leyes federales y estatales exigen que el personal de cada agencia asociada proteja la privacidad de su información. Los informes de evaluación no utilizan ningún nombre u otra información que pudiera identificarlo a usted personalmente. El equipo de evaluación usa protocolos cuidadosos para mantener la confidencialidad de su información y minimiza el riesgo del perdido de privacidad.

Existen excepciones a la confidencialidad. Si usted dice algo que nos haga sospechar que ha ocurrido abuso o negligencia con un menor o un adulto mayor, tenemos que reportarlo a los Servicios de Protección de Menores o a los Servicios de Protección de Adultos. Además, si usted nos dice que se quiere hacer daño o hacerle daño a alguien más, tenemos que reportar eso para conseguirle ayuda.

¿Cuánto tiempo estaré en la evaluación?

Se le pedirá completar una encuesta de admisión, una encuesta seguimiento aproximadamente 5-8 meses de ahora, y una encuesta cuando termine los servicios. Cada encuesta puede durar 40 minutos para completar. Usted está considerado parte de la evaluación hasta que ha completado las tres encuestas o hasta el período del subsidio finalice (estimado para el 31 de mayo, 2025).

¿Cuáles son los riesgos si participo en la evaluación?

Esta evaluación no incluye pruebas médicas o procedimientos. Por esta razón, el riesgo de daño físico es bajo. Puede que se le hagan preguntas sobre temas sensibles como consumo de alcohol y drogas o salud mental. Estas preguntas pueden causar angustia para usted al pensar en sus experiencias.

Usted puede saltarse cualquier pregunta que no quiera responder y todavía recibirá los incentivos si se salta preguntas. También, puede decidir en dejar la evaluación en cualquier momento.

¿Cuáles son los beneficios si participo en la evaluación?

Si usted completa la encuesta de seguimiento de seis meses, recibirá una tarjeta de regalo de 30 dólares. Además, los datos que usted proporciona puede que beneficien a la comunidad del tratamiento y recuperación de uso de sustancias y futuros pacientes al cual los hallazgos tienen el potencial de llevar a un mejor entendimiento de los resultados de tratamientos y factores asociados con el éxito de recuperación de trastornos por uso de sustancias.

¿Qué otras opciones hay?

Esta evaluación es voluntaria. Si usted no quiere participar en la evaluación, igual puede recibir servicios de tratamiento y recuperación provistos por este subsidio.

¿Cómo afectara mis derechos legales por participar en esta evaluación?

No perderá ningunos derechos legales por estar de acuerdo participar en esta evaluación.

¿Puedo dejar de participar en la evaluación?

Usted pueda dejar de participar en la evaluación en cualquier momento. Para dejar la evaluación, comuníquese con Julia Simhai en OMNI Institute, jsimhai@omni.org o al (303) 839-9422 extensión 137. El equipo de evaluación eliminará su información de los datos de la evaluación y no los utilizará en ningún informe que preparen después de su llamada. Ellos no se comunicarán con usted para ninguna de las encuestas de seguimiento o salida. Si se retira de la evaluación antes de la encuesta de seguimiento de 6 meses, no será elegible para recibir la tarjeta de regalo, pero no perderá ninguno de los beneficios o servicios de cualquier proveedor médico.

¿Con quién puedo comunicar preguntas, preocupaciones, o quejas?

Si tiene preguntas, preocupaciones, o quejas, por favor comuníquese con Julia Simhai en OMNI Institute, jsimhai@omni.org o al (303) 839-9422 extensión 137.

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN LA EVALUACIÓN EN UN LUGAR DE JUSTICIA

[ENTREGUE ESTA PAGINA AL CLIENTE PARA QUE LA CONSERVE]

Información Clave

1. Esta evaluación es sobre el tratamiento y/o servicios de recuperación que recibirá como parte del programa de Respuesta a Opioides del Estado de Virginia (SOR, por sus siglas en inglés). Estamos interesados en comprender cómo los servicios que recibe afectan la salud mental, uso de sustancias, y comportamientos relacionados.
2. Participación en la evaluación es completamente voluntaria.
3. La evaluación incluye tres encuestas (admisión, salida, y seguimiento seis meses después de la admisión), y cada encuesta le tomará 40 minutos a lo sumo.
4. Es posible que le hagan preguntas sobre temas sensibles sobre el uso de drogas y alcohol o salud mental. Estas preguntas pueden causar angustia cuando usted piense en sus experiencias. Puede saltar cualquier pregunta que no quiere responder.
5. No hay beneficios directos para usted al participar en esta evaluación. Sin embargo, los resultados pueden apoyar a la comunidad del tratamiento y recuperación del uso de sustancias.
6. Esta evaluación y los servicios de tratamiento y recuperación que está recibiendo, por parte de SOR, están fundados por el Subsidio de Respuesta a Opioides que está financiado por la Administración de Servicios para Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés) del gobierno federal.

¿Por qué me invita participar en esta evaluación?

Se le ofrecen servicios de tratamiento y/o recuperación del uso de sustancias por parte del programa de Respuesta a Opioides del Estado de Virginia, un proyecto financiado por la Administración de Servicios para Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés). Se le pide participar en una evaluación de los servicios de tratamiento y/o recuperación que recibe para comprender qué bien funcionan para la gente. **Esta evaluación es voluntaria.** Si usted decide no participar, todavía puede recibir los servicios. **Su decisión sobre participar en esta evaluación no tendrá ningún impacto en ninguno de sus casos legales actuales o pendientes.** La evaluación tiene como objetivo encontrar si los servicios de tratamiento y recuperación afectan la salud mental, uso de sustancias, y comportamientos relacionados.

¿Cuántas personas participarán en la evaluación?

Esta evaluación toma lugar en todos los 40 Comités de Servicio Comunitarios en Virginia y a través de varios entornos de justicia (cárceles, tribunales de recuperación, etc.). La evaluación incluirá aproximadamente 3,000 personas que entran a servicios de tratamiento y/o recuperación por parte de Subsidio SOR empezando octubre 2022 a septiembre 2024.

¿Qué información se recopilará para la evaluación?

Si usted acepta participar en esta evaluación, se le pedirá que comparta información sobre su edad, género, y raza/etnicidad. También se le preguntará acerca de cosas como su situación de vivienda, salud física o mental, consumo de alcohol o drogas, tratamiento recibido, problemas con la justicia penal, su educación, y si trabaja, sus ingresos. Información sobre cualquier servicio de tratamiento y/o recuperación que usted reciba también será recopilada.

¿Que pasará con la información que recopilará para la evaluación?

La información será recopilada por el establecimiento donde está recibiendo servicios de tratamiento y recuperación y compartida con OMNI Institute, una organización de investigación y evaluación en Denver, CO que fue contratado por Virginia para dirigir esta evaluación. Su nombre no será compartido con OMNI Institute, solamente un número de identificación que esta usado en su expediente médico.

La información que comparta solo se utilizará para esta evaluación y se mantendrá confidencial.

La información que usted provea será combinada con información de otros en el programa para asegurar que los **resultados de la evaluación no podrán ser conectado a usted individualmente.** Las leyes federales y estatales exigen que el personal de cada agencia asociada proteja la privacidad de su información. Los informes de evaluación no utilizan ningún nombre u otra información que pudiera identificarlo a usted personalmente. El equipo de evaluación usa protocolos cuidadosos para mantener la confidencialidad de su información y minimiza el riesgo del perdido de privacidad.

Existen excepciones a la confidencialidad. Si usted dice algo que nos haga sospechar que ha ocurrido abuso o negligencia con un menor o un adulto mayor, tenemos que reportarlo a los Servicios de Protección de Menores o a los Servicios de Protección de Adultos. Además, si usted nos dice que se quiere hacer daño o hacerle daño a alguien más, tenemos que reportar eso para conseguirle ayuda.

¿Cuánto tiempo estaré en la evaluación?

Se le pedirá completar una encuesta de admisión, una encuesta seguimiento aproximadamente 5-8 meses de ahora, y una encuesta cuando termines los servicios. Cada encuesta puede dura 40 minutos para completar. Usted está considerado parte de la evaluación hasta que ha completado las tres encuestas o hasta el período del subsidio finalice (estimado para el 31 de mayo, 2025).

¿Cuáles son los riesgos si participo en la evaluación?

Esta evaluación no incluye pruebas médicas o procedimientos. Por esta razón, el riesgo de daño físico es bajo. Puede que se le hagan preguntas sobre temas sensibles como consumo de alcohol y drogas o salud mental. Estas preguntas pueden causar angustia para usted al pensar en sus experiencias.

Usted puede saltarse cualquier pregunta que no quiera responder y no hay penalización por hacerlo. También, puede decidir en dejar la evaluación en cualquier momento.

Por su participación en el sistema de justicia, se le considera una "población vulnerable". Por esa razón, el equipo de evaluación ha tomado medidas adicionales para limitar sus riesgos:

- Si usted está encarcelado, su decisión de participar o no participar, no afectará su fecha de liberación, elegibilidad para la libertad condicional o términos de libertad condicional.
- Si usted está encarcelado y decide no participar o deja de participar en la evaluación, continuará recibiendo los servicios de tratamiento pagados por esta subvención.
- Su tratamiento no está determinado por su participación en la evaluación. Seguirá recibiendo los servicios proporcionados por esta subvención en caso de que decida no participar en el proceso de recopilación de datos en cualquier momento.
- La persona que le hará preguntas como parte de la evaluación no es un oficial de la ley o asesor legal. Son personal de apoyo involucrados en su tratamiento. La información que comparta con ellos no se compartirá con ninguna persona en el sistema de justicia. Toda la información se mantendrá confidencial y solo se compartirá con el equipo de evaluación.

¿Cuáles son los beneficios si participo en la evaluación?

Los datos que usted proporciona puede que beneficien a la comunidad del tratamiento y recuperación y futuros pacientes. Los hallazgos tienen el potencial de llevar a un mejor entendimiento de los resultados de tratamientos y factores asociados con el éxito de recuperación de trastornos por uso de sustancias.

¿Qué otras opciones hay?

Esta evaluación es voluntaria. Si usted no quiere participar en la evaluación, igual puede recibir servicios de tratamiento y recuperación provistos por este subsidio.

¿Cómo afectara mis derechos legales por participar en esta evaluación?

No perderá ningunos derechos legales por estar de acuerdo participar en esta evaluación o por cualquiera de sus respuestas a las preguntas.

¿Puedo dejar de participar en la evaluación?

Usted pueda dejar de participar en la evaluación en cualquier momento. Para dejar la evaluación, preguntale a su proveedor de tratamiento que se retire de la evaluación o comuníquese con Julia Simhai en OMNI Institute, jsimhai@omni.org o al (303) 839-9422 extensión 137. El equipo de evaluación eliminará su información de los datos de la evaluación y no los utilizará en ningún informe que preparen después de su llamada. Ellos no se comunicarán con usted para ninguna de las encuestas de seguimiento o salida, pero no perderá ninguno de los beneficios o servicios de cualquier proveedor médico.

¿Con quién puedo comunicar preguntas, preocupaciones, o quejas?

Si tiene preguntas, preocupaciones, o quejas, por favor comuníquese con Julia Simhai en OMNI Institute, jsimhai@omni.org o al (303) 839-9422 extensión 137.

[Page left blank to allow consent form to be removed from packet.]

Formulario de Firma de Consentimiento

[OBTAIN SIGNATURE FROM CLIENT AND SAVE THIS FORM IN CSB RECORDS SEPARATE FROM THE INTAKE SURVEY DATA.]

Consentimiento del Paciente y Derechos Legales

He leído la información anterior o me la ha sido leída. Me han explicado la evaluación, y han respondido a satisfacción todas mis preguntas. Mediante la firma de este consentimiento, estoy de acuerdo con los siguientes puntos:

- Estoy de acuerdo con participar en esta evaluación y la institución de tratamiento puede utilizar la información personal que doy en la entrevista con fines de evaluación.
- Esta institución de tratamiento puede también contactarme en seis meses y pedirme una entrevista adicional. En ese momento puedo decidir si quiero ser entrevistado.
- Esta institución de tratamiento puede recopilar información sobre los servicios de tratamiento y recuperación que recibo a través de este programa de tratamiento.
- Doy permiso a esta institución de tratamiento para que me contacte a partir de los nombres e información de contacto que doy, así como para contactar al administrador del caso o a proveedores de servicios que hayan trabajado conmigo como parte de este subsidio, para pedirles actualizar mi información de contacto.

Yo estoy firmando voluntariamente este formulario. Yo recibiré una copia de este formulario de consentimiento. Al firmar este formulario no estoy renunciando a ninguno de mis derechos legales. Si yo decido no participar o salirme de la evaluación, no hay penalidad.

NOMBRE EN LETRA MOLDE DEL PARTICIPANTE: _____

Firma del participante **Fecha**

Firma de la persona realizando la admisión en la evaluación **Fecha**

[Page left blank to allow consent form to be removed from packet.]

A. GESTIÓN DE REGISTROS

[INFORMADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA. NO INCLUIR EN LA ENTREVISTA DEL CLIENTE].

1. **ID del cliente**
[ID DEL CLIENTE – PUEDE SER IGUAL AL ID CCS3 O OTRA ID ÚNICA]

2. **Fecha de la entrevista** / /
Mes Día Año

3. **Fecha de la admisión** / /
Mes Día Año

4. **Nombre de Agencia** _____

5. ¿De dónde fue referido el cliente para tratamiento?

- Departamento de Emergencia (ED)
- Justicia Penal/Tribunal/Libertad condicional
- Servicios Sociales/Administrador del caso
- Proveedor de salud
- Teléfono de ayuda
- Par especialista/Mentor
- Miembro de la familia o un amigo
- Referido por iniciativa propia
- Otro, por favor especifique: _____

6. ¿Fue el cliente evaluado(a) por su programa, usando una herramienta basada en evidencia o un grupo de preguntas, para trastornos de salud mental y/o consumo de sustancias co-ocurrentes?

- Sí
- No **[SI NO, VAYA A PREGUNTA 7].**

6a. [EN CASO AFIRMATIVO A LA PREGUNTA 6] ¿Dio positiva la prueba de trastornos de salud mental y consumo de sustancias co-ocurrentes?

- Sí
- No

6b. [EN CASO AFIRMATIVO A LA PREGUNTA 6A] ¿Se derivó al cliente para una evaluación adicional de trastornos de salud mental y consumo de sustancias co-ocurrentes?

- Sí
- No

7. ¿Cuáles son los servicios financiados de SOR que este cliente recibe?

- Clínica del CSB (en persona o virtual) **[VAYA A LA SECCIÓN A. SERVICIOS PLA]**
- Cárcel/Entorno de justicia penal (en persona o virtual)
- Otro, por favor especifique: _____ **[VAYA A LA SECCIÓN A. SERVICIOS PLANEADOS]**

7a. [SI EN CÁRCEL/ENTORNO DE JUSTICIA PENAL] ¿En qué tipo de lugar de justicia está el cliente?

- Cárcel (ciudad, condado, regional)
- Prisión (estatal)
- Tribunal de Drogas/Recuperación
- Libertad condicional
- Otro, especifique: _____

7b. [SI EN CÁRCEL/ENTORNO DE JUSTICIA PENAL] ¿Está encarcelado el cliente en este momento?

- Sí
- No

A. SERVICIOS PLANEADOS

PROVEIDO BAJO LA FINANCIACION DE SUBVENCIÓN [Reportado por el personal del programa solamente durante admisión.] Identifique los servicios que planea proporcionarle al cliente durante el transcurso del tratamiento/la recuperación del cliente. ENCIERRE EN UN CÍRCULO SOLAMENTE EL SERVICIO PLANIFICADO QUE SERÁ PROPORCIONADO BAJO LA SUBVENCIÓN ACTUAL. MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN EN CADA SECCIÓN.]

MODALIDAD [SELECCIONE AL MENOS UNA MODALIDAD]	
1. Administración de casos	<input type="radio"/>
2. Tratamiento ambulatorio intensivo	<input type="radio"/>
3. Internación/Hospital (por cualquier causa distinta de la desintoxicación)	<input type="radio"/>
4. Tratamiento ambulatorio	<input type="radio"/>
5. Extensión comunitaria	<input type="radio"/>
6. Medicamentos	<input type="radio"/>
a. Metadona	<input type="radio"/>
b. Buprenorfina	<input type="radio"/>
c. Naltrexona de actuación corta	<input type="radio"/>
d. Naltrexona de liberación prolongada	<input type="radio"/>
e. Disulfiram	<input type="radio"/>
f. Acamprosato	<input type="radio"/>
g. Reemplazo de Nicotina	<input type="radio"/>
h. Bupropión	<input type="radio"/>
i. Vareniclina	<input type="radio"/>
7. Tratamiento residencial/rehabilitación	<input type="radio"/>
8. Desintoxicación (seleccione solo una opción)	<input type="radio"/>
a. Internación hospitalaria	<input type="radio"/>
b. Tratamiento residencial autónomo	<input type="radio"/>
c. Desintoxicación ambulatoria	<input type="radio"/>
9. Cuidado postratamiento	<input type="radio"/>
10. Apoyo durante la recuperación	<input type="radio"/>
11. Otro. Especifique: _____	<input type="radio"/>
[SELECCIONE POR LO MENOS UN SERVICIO]	
Servicios de Tratamiento	
1. Detección	<input type="radio"/>
2. Intervención breve	<input type="radio"/>
3. Tratamiento breve	<input type="radio"/>
4. Derivación para recibir tratamiento	<input type="radio"/>
5. Evaluación	<input type="radio"/>
6. Planificación de tratamiento	<input type="radio"/>
7. Planificación de recuperación	<input type="radio"/>
8. Terapia individual	<input type="radio"/>
9. Terapia grupal	<input type="radio"/>
10. Manejo de contingencias	<input type="radio"/>
11. El programa de Refuerzo comunitario	<input type="radio"/>
12. Terapia cognitiva conductual (CBT)	<input type="radio"/>
13. Terapia familiar/ matrimonial	<input type="radio"/>
14. Servicios de tratamiento para trastornos co ocurrentes	<input type="radio"/>
15. Tratamiento farmacológicas	<input type="radio"/>
16. Terapia de VIH/SIDA	<input type="radio"/>
17. Intervenciones o actividades culturales	<input type="radio"/>
18. Otros servicios clínicos. Especifique: _____	<input type="radio"/>

SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE CASOS	
1. Servicios para la familia (educación matrimonial, crianza y crecimiento infantil)	<input type="radio"/>
2. Cuidado infantil	<input type="radio"/>
3. Servicios de empleo	<input type="radio"/>
a. Servicios anteriores al empleo	<input type="radio"/>
b. Preparación para el empleo	<input type="radio"/>
4. Coordinación de servicios individuales	<input type="radio"/>
5. Transporte	<input type="radio"/>
6. Servicios relacionados con el VIH/SIDA	<input type="radio"/>
a. Si VIH negativo(a), profilaxis previa a la exposición	<input type="radio"/>
b. Si VIH negativo(a), profilaxis posterior a la exposición	<input type="radio"/>
c. VIH positivo(a), tratamiento por VIH	<input type="radio"/>
7. Servicios de vivienda temporaria en lugares libres de drogas	<input type="radio"/>
8. Servicios de vivienda	<input type="radio"/>
9. inscripción en seguro medico	<input type="radio"/>
10. Otros servicios. Especifique: _____	<input type="radio"/>
SERVICIOS MÉDICOS	
1. Atención médica	<input type="radio"/>
2. Pruebas de alcoholismo/drogadicción	<input type="radio"/>
3. Servicios obstétricos/ginecológicos	<input type="radio"/>
4. Pruebas y apoyo médico para el VIH/SID	<input type="radio"/>
5. Atención dental	<input type="radio"/>
6. Pruebas y apoyo médico para la hepatitis viral	<input type="radio"/>
7. Pruebas y apoyo médico para otras infecciones de transmisión sexual (ITS)	<input type="radio"/>
8. Otros servicios médicos. Especifique: _____	<input type="radio"/>
SERVICIOS DE CUIDADO POSTRATAMIENTO	
1. Atención continua	<input type="radio"/>
2. Prevención de recaídas	<input type="radio"/>
3. Preparación para la recuperación	<input type="radio"/>
4. Grupos de auto ayuda y de apoyo mutuo	<input type="radio"/>
5. Apoyo espiritual	<input type="radio"/>
6. Otros servicios. Especifique: _____	<input type="radio"/>
Servicios Educativos	
1. Educación sobre abuso de sustancias	<input type="radio"/>
2. Educación sobre el VIH/SIDA	<input type="radio"/>
3. Capacitación en Naloxona	<input type="radio"/>
4. Capacitación de tiras reactivas de fentanilo	<input type="radio"/>
5. Educación sobre la hepatitis viral	<input type="radio"/>
6. Otra educación sobre las ITS	<input type="radio"/>
7. Otros servicios educativos (especifique) _____	<input type="radio"/>
Servicios de Apoyo para la Recuperación	
1. Orientación o tutoría entre pares	<input type="radio"/>
2. Servicios vocacionales	<input type="radio"/>
3. Vivienda de recuperación	<input type="radio"/>
4. Planeamiento de recuperación	<input type="radio"/>
5. Servicios de administración de casos específicos para apoyar la recuperación	<input type="radio"/>
6. Actividades sociales sin alcohol ni drogas	<input type="radio"/>
7. Información y derivaciones	<input type="radio"/>
8. Otros servicios de apoyo durante la recuperación (Especifique) _____	<input type="radio"/>
9. Otros servicios de apoyo entre pares durante la recuperación (Especifique) _____	<input type="radio"/>

A. DATOS DEMOGRÁFICOS

[LA PORCIÓN DE LA ENTREVISTA AL CLIENTE COMIENZA AQUÍ].

Comencemos con algunas preguntas sobre datos demográficos suyos. Recuerde que sus respuestas a esta encuesta son confidenciales y que no afectarán los servicios de tratamiento que usted recibe. Usted puede saltarse cualquier pregunta que no quiera responder.

1. ¿Cuál es su mes y año de nacimiento?

 |_|_|_| / |_|_|_|_|
 Mes Año

SE NEGÓ A CONTESTAR

2. ¿Qué se considera usted que es?

Hombre

Mujer

Transgénero (hombre a mujer)

Transgénero (hombre a mujer)

Genero no conforme

Otro (Especifique): _____

SE NEGÓ A CONTESTAR

3. ¿Es usted de origen hispano, latino, o español?

Sí

No [VAYA A LA PREGUNTA 4].

SE NEGÓ A CONTESTAR [VAYA A LA PREGUNTA 4].

3a. [EN CASO AFIRMATIVO] ¿ De qué grupo étnico considera usted que es? Puede indicar más de uno.

Centroamericano

Cubano

Dominicano

Mexicano

Puertorriqueño

Sudamericano

Otro (Especifique) _____

SE NEGÓ A CONTESTAR

4. ¿De qué raza es? Puede contestar más de una opción.

- Negro o Afroamericano
- Blanco
- Nativa Americana
- Nativa de Alaska
- Indio asiático
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otro Asiática
- Nativa de Hawái
- Guameña o Chamorra
- Samoana
- De otras isla del Pacífico
- Otro (Especifique):_____
- SE NEGÓ A CONTESTAR

5. ¿Habla usted algún otro idioma que no sea Español en su hogar?

- Sí
- No **[VAYA A LA PREGUNTA 6].**
- SE NEGÓ A CONTESTAR **[VAYA A LA PREGUNTA 6].**

5a. [EN CASO AFIRMATIVO] ¿Cuál idioma es?

- Ingles
- Otro (Especifique):_____

6. ¿Cuál de los siguientes usted considera que es? [Puede contestar más de una opción]

- Heterosexual
- Homosexual (gay o lesbiana)
- Bisexual
- Queer, pansexual, yo cuestionándose
- Asexual
- Otro (especifique)_____
- SE NEGÓ A CONTESTAR

7. ¿Cuál es su situación romántica?

- Casado(a)
- Soltero(a)
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)
- En una relación
- En múltiples relaciones
- SE NEGÓ A CONTESTAR

8. ¿Está embarazada actualmente?

- Sí
- No
- No sabe
- SE NEGÓ A CONTESTAR

9. ¿Tienes hijos? (se refiere a hijos vivos y/o que pueden haber muerto)

- Sí
- No **[VAYA A LA PREGUNTA 10].**
- SE NEGÓ A CONTESTAR **[VAYA A LA PREGUNTA 10].**

9a. ¿Cuántos hijos menores de 18 años tiene?

HIJOS SE NEGÓ A CONTESTAR

9b. ¿Alguno de sus hijos que son menores de 18 años vive con otra persona debido a una intervención judicial? [EL VALOR DE 9b NO PUEDE SUPERAR EL VALOR DE 9a]

- Sí Número de niños retirados del cuidado del cliente
- No **[VAYA A LA PREGUNTA 10]**
- SE NEGÓ A CONTESTAR **[VAYA A LA PREGUNTA 10]**

9c. ¿Se volvió a encontrar con alguno de sus hijos, menores de 18 años, que fueron retirados de su cuidado anteriormente? [EL VALOR DE 9c NO PUEDE SUPERAR EL VALOR DE 9a]

- Sí Numero de hijos que han sido reunificados con el cliente
- No
- SE NEGÓ A CONTESTAR

10. ¿Alguna vez ha prestado servicios en las Fuerzas Armadas, en las Reservas, en la Guardia Nacional, o en algún otro servicio uniformado? [SI PRESTO SERVICIOS] ¿ En que área de las las Fuerzas Armadas, las Reservas, la Guardia Nacional, u otro presto servicios

- No
- Sí, en las fuerzas armadas
- Sí, en las reservas
- Sí, en la guardia nacional
- Sí, en otro servicio uniformado [Incluye NOAA, USPHS]
- SE NEGÓ A CONTESTAR

11. ¿Cuánto tiempo le lleva, en promedio, viajar al lugar donde recibe los servicios proporcionados por esta subvención?

- Media hora o menos
- Entre media hora y una hora
- Entre una hora y una hora y media
- Entra una hora y media y dos horas
- Dos horas o mas
- SE NEGÓ A CONTESTAR

A. HISTORIAL DE USO DE SUSTANCIAS Y SALUD MENTAL

NOTA PARA EL ADMINISTRADOR, POR FAVOR NO LEA EN VOZ ALTA: USANDO EL CUADRO A CONTINUACIÓN, INDIQUE LO SIGUIENTE:

A. LA CANTIDAD DE DÍAS, DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, QUE EL CLIENTE REPORTA EL USO DE UNA SUSTANCIA.

Se debería animar al cliente a reportar las sustancias por su cuenta. Si no está seguro(a), se puede leer la lista del cuadro a continuación al cliente. Tenga en cuenta que no se considera todo el uso de sustancias dañino o ilegal; puede ser una sustancia recetada por un proveedor con licencia, o que el cliente una la sustancia de acuerdo con directrices oficiales de seguridad nacionales. En tales casos, se debería pedir aclaraciones del cliente, pero **si se toma la sustancia solamente según lo recetado o se toma en cada ocasión de acuerdo con directrices oficiales de seguridad nacionales, entonces no se lo considera abuso.** Si no reporta ningún uso de sustancia listada, ingrese un cero (0) en la columna correspondiente “cantidad de días usada.” Si el cliente se niega a contestar la pregunta, seleccione “SE NEGÓ A CONTESTAR”.

B. LA VÍA POR LA CUAL SE USA LA SUSTANCIA.

Marque solamente una vía por cada sustancia consumida. Pero, si el cliente identifica más de una vía, elija la vía correspondiente con el valor numérico más alto asociado (números 1 a 6). Las respuestas deberían capturar el uso en los últimos 30 días.

CONTINUAR LA ENTREVISTA AQUÍ:

Ahora continuaremos con preguntas sobre su historia de uso de sustancias y salud mental. Esta sección contiene preguntas sobre diagnóstico y tratamientos que ha recibido. De nuevo, sus respuestas de esta encuesta son confidencial y no afectarán los servicios de tratamiento que recibe. Puede saltar cualquier pregunta que no quiere responder.

1. ¿Durante los últimos 30 días, ¿por cuántos días ha usado alguna sustancia, y cómo consume la sustancia?

SE NEGÓ A CONTESTAR

	Cantidad de días usada	Ruta		
		1. Oral	2. Intranasal	3. Vapear
		4. Fumar	5. inyección no intravenosa (IV por sus siglas en ingles)	6. Inyección intravenosa (IV)
		0. Otra		
a. Alcohol				
1. Alcohol				
2. Otro (especifique)				
b. Opiáceos				
1. Heroína				

2. Morfina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fentanilo (desvío de recetas o fuente ilegal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dilaudid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Demerol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Percocet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tylenol 2, 3, 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. OxyContin/Oxicodona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Metadona no recetada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Buprenorfina no recetada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <u>Cannabis</u>		
1. Cannabis (marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cannabinoides sintéticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <u>Sedantes, hipnóticos o tranquilizantes</u>		
1. Sedantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hipnóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. tranquilizantes/benzodiazepinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. <u>Cocaína</u>		
1. Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. <u>Otros estimulantes</u>		
1. Metanfetamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Medicamentos estimulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. <u>Alucinógenos y Psicodélicos</u>		
1. PCP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hongos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mezcalina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Salvia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. DMT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. <u>Inhalantes</u>		
1. Inhalantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. <u>Otras sustancias psicoactivas</u>		
1. GHB no recetado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ketamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. MDPV/Sales de baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kratom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Khat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Otros tranquilizantes	_ _	_
7. Otros calmantes	_ _	_
8. Otros sedantes	_ _	_
9. Otros hipnóticos	_ _	_
10. Otro (especifique)	_ _	_
j. <u>Tabaco y nicotina</u>		
1. Tabaco	_ _	_
2. Nicotina (Incluyendo productos de vapeadores)	_ _	_
3. Otro (especifique)	_ _	_

2. Ha sido diagnosticado (a) con un trastorno de consumo de alcohol, de ser así ¿qué medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los EEUU (FDA por sus siglas en inglés) recibió usted para tratar este trastorno de consumo de alcohol en los últimos 30 días? [MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN].

- Naltrexona **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuántos días lo recibió |_|_|
- Naltrexonade liberación prolongada **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuantas dosis lo recibió |_|_|
- Disulfiram **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuántos días lo recibió |_|_|
- Acamprosate **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuántos días lo recibió |_|_|
- NO RECIBIÓ UN MEDICAMENTO APROBADO POR LA FDA PARA TRATAR UN TRASTORNO DIAGNOSTICADO DE CONSUMO DE ALCOHOL
- CLIENTE NO INFORMA TAL DIAGNÓSTICO

3. Ha sido diagnosticado(a) con un trastorno de consumo de opioides, de ser así ¿qué medicamento aprobado por la FDA recibió para tratar este trastorno de consumo de opioides en los últimos 30 días? [MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN].

- Metadona **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuántos días lo recibió |_|_|
- Buprenorfina **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuántos días lo recibió |_|_|
- Naltrexona **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuántos días lo recibió |_|_|
- Naltrexona de liberación prolongada **[SI LO RECIBIÓ]** Especifique durante cuantas dosis lo recibió |_|_|
- NO RECIBIÓ UN MEDICAMENTO APROBADO POR LA FDA PARA TRATAR UN TRASTORNO DIAGNOSTICADO DE CONSUMO DE OPIOIDES
- CLIENTE NO INFORMA TAL DIAGNÓSTICO

4. Ha sido diagnosticado(a) con un trastorno de consumo de estimulantes, de ser así ¿Qué intervenciones basadas en evidencia recibió usted para tratar este trastorno en los últimos 30 días? [MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN].

- Manejo de contingencias [SI LO RECIBIÓ] Especifique durante cuántos días _____ lo recibió |__|__|
- Refuerzo comunitario [SI LO RECIBIÓ] Especifique durante cuántos días _____ lo recibió |__|__|
- Terapia cognitiva conductual (CBT) [SI LO RECIBIÓ] Especifique durante cuántos días lo recibió |__|__|
- Otra intervención basada en evidencia [SI LO RECIBIÓ] Especifique durante cuántos días lo recibió |__|__|
- NO RECIBIÓ NINGUNA INTERVENCIÓN PARA TRATAR UN TRASTORNO DIAGNOSTICADO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES
- CLIENTE NO INFORMA TAL DIAGNÓSTICO

5. Ha sido diagnosticado(a) con un trastorno de consumo de tabaco, de ser así ¿qué medicamento aprobado por la FDA recibió usted para tratar este trastorno de consumo de tabaco en los últimos 30 días? [MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN].

- Reemplazo de la nicotina [SI LO RECIBIÓ] Especifique durante cuántos días lo recibió |__|__|
- Bupropión [SI LO RECIBIÓ] Especifique durante cuántos días lo recibió |__|__|
- Vareniclina [SI LO RECIBIÓ] Especifique durante cuántos días lo recibió |__|__|
- NO RECIBIÓ UN MEDICAMENTO APROBADO POR LA FDA PARA TRATAR UN TRASTORNO DIAGNOSTICADO DE CONSUMO DE TABACO
- CLIENTE NO INFORMA TAL DIAGNÓSTICO

6. En los últimos 30 días, ¿experimentó una sobredosis o tomó demasiado de una sustancia que resultó en necesitar supervisión o atención médica?

- Si [EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE A CONTINUACION EN LA PREGUNTA 7]
- No [SIGA A PREGUNTA 8]
- SE NEGÓ A CONTESTAR [SIGA A PREGUNTA 8]

7. [EN CASO AFIRMATIVO A PREGUNTA 6] En los últimos 30 días después de tomar demasiado de una sustancia o tener una sobredosis, ¿qué intervenciones recibió? Puede indicar más de una intervención.

- Naltrexona (Narcan)
- Atención en un departamento de emergencias
- Atención de un proveedor de atención primaria
- Admisión a un hospital
- Supervisión por otra persona
- Otro (especifique)
- SE NEGÓ A CONTESTAR

8. **Excluyendo este episodio actual, ¿cuántas veces en su vida ha recibido tratamiento en una instalación para pacientes internados o ambulatorios por un trastorno de consumo de sustancias**

- Una vez
- Dos veces
- Tres veces
- Cuatro veces
- Cinco veces
- Seis o mas veces
- Nunca **[VAYA A PREGUNTA 10]**
- SE NEGÓ A CONTESTAR **[VAYA A PREGUNTA 10]**

9. **¿Aproximadamente cuando fue la última vez que recibió tratamiento para pacientes internados o ambulatorio por un trastorno de consumo de sustancias?**

- Hace menos de 6 meses
- Hace entre 6 meses y un año
- Hace uno a dos años
- Hace dos a tres años
- Hace tres a cuatro años
- Hace cinco o mas años
- SE NEGÓ A CONTESTAR

10. **¿Alguna vez le ha diagnosticado un profesional de atención médica con una enfermedad de salud mental?**

- Sí
- No **[SIGA A SECCION C. CONDICIONES DE VIVIENDA]**
- SE NEGÓ A CONTESTAR **[SIGA SECCION C. CONDICIONES DE VIVIENDA]**

10a. **[SI AFIRMA] PIDA AL CLIENTE QUE REPORTE SUS ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL POR SÍ MISMO(A) SEGÚN LISTADAS EN EL CUADRO A CONTINUACIÓN. SE DEBERÍA ANIMAR AL CLIENTE A REPORTAR SUS PROPIAS ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL, PERO SI LO PREFERE, SE PUEDE LEER LA LISTA AL CLIENTE. INDIQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN.**

	REPORTADO POR CLIENTE
<u>Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos, trastornos delirantes y otros trastornos psicóticos no del estado de animo</u>	
Trastorno psicótico breve	<input type="radio"/>
Trastorno delirante	<input type="radio"/>
Trastornos esquizoafectivos	<input type="radio"/>
Esquizofrenia	<input type="radio"/>
Trastorno esquizotípico	<input type="radio"/>
Trastorno psicótico compartido	<input type="radio"/>
Psicosis no especificada	<input type="radio"/>
<u>Trastornos del estado de ánimo [afectivos]</u>	
Trastorno bipolar	<input type="radio"/>
Trastorno depresivo mayor, recurrente	<input type="radio"/>
Trastorno depresivo mayor, episodio único	<input type="radio"/>

Episodio maníaco	<input type="radio"/>
Trastornos del estado de ánimo [afectivos] persistentes	<input type="radio"/>
Trastorno del estado de ánimo [afectivo] no especificado	<input type="radio"/>
<u>Ansiedad fóbica y otros trastornos de ansiedad</u>	
Agorafobia sin trastorno de pánico	<input type="radio"/>
Agorafobia con trastorno de pánico	<input type="radio"/>
Agorafobia, no especificada	<input type="radio"/>
Trastorno de ansiedad generalizada	<input type="radio"/>
Trastorno de pánico	<input type="radio"/>
Trastornos de ansiedad fóbica	<input type="radio"/>
Fobias sociales (trastorno de ansiedad social)	<input type="radio"/>
Fobias específicas (aisladas)	<input type="radio"/>
<u>Trastornos obsesivos compulsivos</u>	
Trastorno de excoiación (excavar la piel)	<input type="radio"/>
Trastorno de acumulación compulsiva	<input type="radio"/>
Trastorno obsesivo compulsivo	<input type="radio"/>
Trastorno obsesivo compulsivo con pensamientos y acciones obsesivos mezclados	<input type="radio"/>
<u>Reacciones a estrés extremo y trastornos de adaptación</u>	
Trastorno por estrés agudo; reacción a estrés extremo y trastornos de adaptación	<input type="radio"/>
Trastornos de adaptación	<input type="radio"/>
Trastorno dismórfico corporal	<input type="radio"/>
Trastornos disociativos y de conversión	<input type="radio"/>
Trastorno de identidad disociativo	<input type="radio"/>
Trastorno de estrés postraumático	<input type="radio"/>
Trastornos somatomorfos	<input type="radio"/>
<u>Síndromes conductuales asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos</u>	
Trastornos alimenticios	<input type="radio"/>
Trastornos del sueño no causados por una sustancia o afección psicológica conocida	<input type="radio"/>
<u>Trastornos de la personalidad y el conducta en adultos</u>	
Trastorno de personalidad antisocial	<input type="radio"/>
Trastorno de personalidad por evitación	<input type="radio"/>
Trastorno límite de la personalidad	<input type="radio"/>
Trastorno dependiente de la personalidad	<input type="radio"/>
Trastorno histriónico de la personalidad	<input type="radio"/>
Discapacidades intelectuales	<input type="radio"/>
Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad	<input type="radio"/>
Otros trastornos específicos de la personalidad	<input type="radio"/>
Trastorno paranoide de la personalidad	<input type="radio"/>
Trastorno de la personalidad, no especificado	<input type="radio"/>
Trastornos generalizados o específicos del desarrollo	<input type="radio"/>
Trastorno esquizoide de la personalidad	<input type="radio"/>

NINGUNA DE LAS ANTERIORES

C. CONDICIONES DE VIDA

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre dónde ha vivido últimamente. Sus respuestas a estas preguntas son confidenciales y usted puede elegir no contestar cualquiera de las preguntas.

1. En los últimos 30 días, ¿dónde ha estado viviendo la mayor parte del tiempo?

[NO LE LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTAS AL CLIENTE, SELECCIONE SOLO UNA].
[15 O MÁS DÍAS ES CONSIDERADO LA MAYORÍA DEL TIEMPO].

- En un refugio (lugar seguro, centro transitorio [TLC por sus siglas en inglés], alojamiento de baja demanda, centros de recepción, otros alojamientos transitorios para el día o la noche)
- En la calle/al aire libre (acera, entrada, parque, edificio público o abandonado)
- Institución (hospital, residencia de ancianos, cárcel/prisión)
- En una casa **[SI EN UNA VIVIENDA, INDIQUE LA SUBCATEGORIA APROPIADA]**
 - Apartamento, habitación, casa rodante, o casa propios o alquilados
 - Apartamento, habitación, casa rodante o casa de otra persona (incluido “couch surfing” o mudándose de casa en casa)
 - Dormitorio/residencia universitaria
 - Hogar de transición
 - Tratamiento residencial
 - Viviendas de recuperación/estilo de vida sobrio
- Otro tipo de vivienda (especifique) _____
- SE NEGÓ A CONTESTAR

2. ¿Vive actualmente con alguien que ha consumido alcohol u otras sustancias regularmente durante los últimos 30 días?

- Sí
- No
- No, vive solo(a)
- SE NEGÓ A CONTESTAR

3. ¿Qué tan satisfecho ha estado con las condiciones del lugar donde vive?

- Muy insatisfecho
- Insatisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho
- Satisfecho
- Muy satisfecho
- SE NEGÓ A CONTESTAR

4. Durante los últimos 30 días, ¿cuánto estrés tuvo debido al uso de alcohol u otras drogas?

- Nada
- Un poco
- Considerablemente
- Extremadamente
- NO CORRESPONDE **[SELECCIONE SI EL INDIVIDUO REPORTO EN LA PREGUNTA B1 QUE NO USO SUSTANCIAS EN LOS ULTIOMS 30]**
- SE NEGÓ A CONTESTAR

C. CONDICIONES DE VIDA (Continuación)

5. Durante los últimos 30 días, ¿el uso de alcohol u otras drogas le hizo disminuir o abandonar actividades importantes?

- Nada
- Un poco
- Considerablemente
- Extremadamente
- NO CORESPONDE **[SELECCIONE SI EL INDIVIDUO REPORTO EN LA PREGUNTA B1 QUE NO USO SUSTANCIAS EN LOS ULTIOMS 30]**
- SE NEGÓ A CONTESTAR

6. Durante los últimos 30 días, ¿el uso de alcohol u otras drogas le provocó problemas emocionales? **[SI B4 O B5 >0, C5 NO PUEDE SER "NO CORRESPONDE"]**.

- Nada
- Un poco
- Considerablemente
- Extremadamente
- NO CORESPONDE **[SELECCIONE SI EL INDIVIDUO REPORTO EN LA PREGUNTA B1 QUE NO USO SUSTANCIAS EN LOS ULTIOMS 30]**
- SE NEGÓ A CONTESTAR

D. EDUCACIÓN, EMPLEO, E INGRESOS

Ahora tengo algunas preguntas acerca de su educación, su situación laboral y sus ingresos. Sus respuestas a estas preguntas son confidenciales y usted puede elegir no contestar cualquiera de las preguntas.

1. **¿Está inscrito(a) actualmente en una escuela o programa de capacitación laboral? [SI ESTÁ INSCRITO] ¿Es a tiempo completo o parcial? [SI ESTÁ ENCARCELADO(A), SELECCIONE 'NO INSCRITO']**
 - NO ESTÁ INSCRITO(A)
 - INSCRITO(A) A TIEMPO COMPLETO
 - INSCRITO(A) A TIEMPO PARCIAL
 - SE NEGÓ A CONTESTAR

2. **¿Cuál es el máximo nivel de estudios alcanzado, independiente de que haya obtenido un título o no?**
 - INFERIOR A 12º GRADO
 - 12º GRADO /TITULO DE SECUNDARIA/ EQUIVALENTE
 - TITULO VOCACIONAL/TECNICO (VOC/TECH)
 - ALGO DE CARRERA UNIVERSITARIA O ESTUDIOS SUPERIORES
 - TÍTULO DE GRADO [pore ejmplo: Bachelor of Arts (BA), Bachelor of Science (BS)]
 - TRABAJO DE POSGRADOS/ TÍTULO DE POSGRADO
 - OTRO (ESPECIFIQUE)
 - SE NEGÓ A CONTESTAR

3. **¿Actualmente está empleado(a)? [ACLARE CENTRÁNDOSE EN EL ESTADO DE LA MAYOR PARTE DE LA ULTIMA SEMANA Y DETERMINE SI EL CLIENTE TRABAJÓ O TUVO UN TRABAJO REGULAR, PERO FALTÓ AL TRABAJO.] [SI EL CLIENTE ESTÁ ENCARCELADO(A) Y NO TIENE EMPLEO POR FUERA DE LA CÁRCEL, SELECCIONE “DESEMPLEADO, NO ESTÁ BUSCANDO TRABAJO”]**
 - EMPLEADO(A) A TIEMPO COMPLETO (35+ HORAS POR SEMANA, O ESTARÍA, SI NO FUESE POR LICENCIA O AUSENCIA JUSTIFICADA)
 - EMPLEADO(A) A TIEMPO PARCIAL
 - DESEMPLEADO(A), PERO BUSCANDO TRABAJO
 - SIN EMPLEO NO BUSCANDO TRABAJO
 - SIN TRABAJAR DEBIDO A UNA DISCAPACIDAD
 - JUBILADO(A), SIN TRABAJAR
 - OTRO (ESPECIFIQUE) _____
 - SE NEGÓ A CONTESTAR

D. EDUCACIÓN, EMPLEO E INGRESOS (Continuación)

4. ¿Tiene usted, individualmente, dinero suficiente para pagar los siguientes costos de vida? Elija todas las opciones que correspondan.

- Alimentos
- Ropa
- Transporte
- Alquiler/Vivienda
- Servicios públicos (Gas/Agua/Electricidad)
- Servicio telefónico (celular o teléfono fijo)
- Cuidado infantil
- Seguro medico
- No hay suficiente dinero para ninguno de los anteriores
- SE NEGÓ A CONTESTAR

5. ¿Cuál es su ingreso anual personal, es decir el ingreso total antes de impuestos de todas las fuentes, ganado durante el último año? \$0-\$9,999

- \$10,000 a \$14,999
- \$15,000 a \$19,999
- \$20,000 a \$34,999
- \$35,000 a \$49,999
- \$50,000 a \$74,999
- \$75,000 a \$99,999
- \$100,000 a \$199,999
- \$200,000 o mas
- SE NEGÓ A CONTESTAR

6. ¿Tiene acceso a medios de transporte cuando lo necesita (por ejemplo, un carro, transporte público, o transporte provisto por Medicaid)?

- Siempre
- Mas de la mitad del tiempo
- La mitad del tiempo
- Menos de la mitad del tiempo
- Nunca
- SE NEGÓ A CONTESTAR

F. SALUD MENTAL Y FÍSICA, Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN

Ahora tengo algunas preguntas acerca de su historia de salud física, mental y de la historia de tratamientos. Quiero recordarle que sus respuestas a estas preguntas son confidenciales y usted puede elegir no contestar cualquiera de las preguntas.

1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida durante los últimos 30 días?

- Muy Mala
- Mala
- Ni buena ni mala
- Buena
- Muy buena
- SE NEGÓ A CONTESTAR

2. Con su salud, ¿qué tan satisfecho esta?

- Muy insatisfecho
- Insatisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho
- Satisfecho
- Muy satisfecho
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

3. Con respecto a su capacidad para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, ¿qué tan satisfecho esta?

- Muy insatisfecho
- Insatisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho
- Satisfecho
- Muy satisfecho
- SE NEGÓ A CONTESTAR

4. En los últimos 30 días, cuantos días: [INGRESE '0' EN DÍAS SI EL CLIENTE INFORMA QUE NO HA TENIDO LA CONDICIÓN. SELECCIONE SE NEGÓ A CONTESTAR PARA OPCIONES SIN RESPUESTA]

	DÍAS	Se Negó a Contestar
a. Tuvo depresión grave	_ _ _	<input type="radio"/>
b. Tuvo ansiedad o tensión graves	_ _ _	<input type="radio"/>
c. Tuvo alucinaciones	_ _ _	<input type="radio"/>
d. Tuvo problemas para comprender, concentrarse o recordar cosas	_ _ _	<input type="radio"/>
e. Tuvo problemas para controlar conductas violentas	_ _ _	<input type="radio"/>
f. Intentó suicidarse	_ _ _	<input type="radio"/>
g. Le han recetado(a) un medicamento para un problema psicológico/emocional	_ _ _	<input type="radio"/>

[SI EL CLIENTE CONTESTA 1 O MAS EN CUALQUIER PREGUNTA DE # 4, ASEGURESE QUE DE QUE VISITE UN PROFECIONAL CON LICENCIA LO ANTES POSIBLE]

F. SALUD MENTAL Y FÍSICA, Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN (Continuación)

5. ¿Cuánto le han molestado estos problemas psicológicos o emocionales durante los últimos 30 días?
- Nada
 - Un poco
 - Moderadamente
 - Considerablemente
 - Extremadamente
 - NINGUNA QUEJA DE SALUD MENTAL REPORTADA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS
 - SE NEGÓ A CONTESTAR
6. En los últimos 30 días, ¿adónde ha ido para recibir atención médica? Puede seleccionar más de una respuesta.
- Proveedor de atención primara
 - Centro de atención urgente
 - El departamento de emergencias
 - Un especialista medico
 - No buscó atención
 - Otro (especifique)_____
7. ¿Actualmente tiene seguro médico/de salud?
- Si
 - No **[PASE A LA PROXIMA SECCION]**
 - SE NEGÓ A CONTESTAR **[PASE A LA PROXIMA SECCION]**
- 7a. **[SI AFIRMO]** ¿Qué tipo de seguro tiene? **[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN]**
- Medicare
 - Medicaid
 - Seguro de salud privado o proporcionado por empleador
 - TRICARE u otra atención médica militar
 - Un programa de asistencia [por ejemplo, un programa de asistencia para medicamentos]
 - Cualquier otro tipo de seguro médico o plan de cobertura médica (especifique)_____
 - SE NEGÓ A CONTESTAR

G. RELACIONES SOCIALES

Ahora hablaremos sobre unas preguntas de sus relaciones sociales. Recordarle que sus respuestas a estas preguntas son confidenciales y usted puede elegir no contestar cualquiera de las preguntas.

1. **En los últimos 30 días, ¿asistió voluntariamente a algún grupo de apoyo mutuo para recuperarse? En otras palabras, ¿participó en alguna organización no profesional y organizada por pares dedicada a ayudar a las personas con problemas relacionados con adicciones, como: Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Organizaciones Seculares por la Sobriedad (Secular Organization for Sobriety) o Mujeres por la Sobriedad (Women for Sobriety), grupos de apoyo mutuo basados en la religión o fe, etc.? La asistencia puede haber sido en persona o virtual.**

- Sí
 No
 SE NEGÓ A CONTESTAR

1a. **[SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA] Especifique cuantas veces: |__| |__|**

- SE NEGÓ A CONTESTAR

2. **En los últimos 30 días, ¿tuvo interacción con algún familiar y/o amigo que le apoye en su recuperación?**

- Sí
 No
 SE NEGÓ A CONTESTAR

3. **¿Cuán satisfecho(a) se encuentra con sus relaciones personales?**

- Muy insatisfecho
 Insatisfecho
 Ni satisfecho ni insatisfecho
 Satisfecho
 Muy satisfecho
 SE NEGÓ A CONTESTAR

4. **En los últimos 30 días, ¿se dio cuenta de que necesita cambiar las conexiones sociales o los lugares que afectan negativamente su recuperación?**

- Sí
 No
 SE NEGÓ A CONTESTAR

H. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

Finalmente, le preguntare unas preguntas sobre el programa, incluyendo una breve evaluación del capital de recuperación (BARC-10, por sus siglas en ingles) y preguntas sobre trabajo que ha hecho con su compañero especialista de recuperación. Sus respuestas a estas preguntas son confidenciales y usted puede elegir no contestar cualquiera de las preguntas

1. BREVE EVALUACIÓN DEL CAPITAL DE RECUPERACIÓN (BARC-10)

[MARQUE LA RESPUESTA EN LA COLUMNA APROPIADA PARA CADA DECLARACIÓN]

	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Algo de desacuerdo	Algo de acuerdo	Acuerdo	Muy en acuerdo	SNC
1a. Hay cosas más importantes para mí en la vida que el consumo de sustancias	<input type="radio"/>						
1b. En general, yo estoy contento(a) con mi vida	<input type="radio"/>						
1c. Tengo suficiente energía para completar las tareas que me propongo	<input type="radio"/>						
1d. Estoy orgulloso(a) de la comunidad en la que vivo y me siento parte de ella	<input type="radio"/>						
1e. Recibo mucho apoyo de mis amigos(as)	<input type="radio"/>						
1f. Considero que mi vida es desafiante y satisfactoria sin la necesidad de consumir drogas o alcohol	<input type="radio"/>						
1g. Mi espacio para vivir me ha ayudado conducir mi viaje de recuperación	<input type="radio"/>						
1h. Asumo toda la responsabilidad por mis acciones	<input type="radio"/>						
1i. Estoy feliz de tratar con una variedad de profesionales	<input type="radio"/>						
1j. Estoy progresando bien en mi viaje de recuperación	<input type="radio"/>						

H. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA (Continuación)

2. ¿Tiene actualmente un compañero con quién trabajar en su proceso de recuperación? (por ejemplo, un compañero especialista de recuperación, tutor o mentor)

- Sí [SI ES AFIRMATIVO, PREGUNTE 2A – 2D]
- No [SI ES NEGATIVO, VAYA A 2E en la próxima pagina]
- SE NEGÓ A CONTESTAR [PASE 2A-2E. LA ENCUESTA ESTÁ COMPLETA].

2a. [SI 2 = SÍ] ¿Cómo fue puesto en contacto con el compañero especialista de recuperación, tutor o mentor con quién trabaja?

- Trabajé con mi compañero especialista de recuperación como parte de mi tratamiento en la CSB/Agencia
- Fui puesto en contacto con un compañero especialista de recuperación a través de un padrino de AA/NA
- Fui puesto en contacto con un compañero especialista de recuperación a través de un programa de la cárcel o prisión
- Fui puesto en contacto con un compañero especialista de recuperación en un hospital u otra institución médica
- Desarrollé una relación con un compañero especialista de recuperación, a través de un grupo de apoyo o recuperación
- Otro (por favor especifique) _____
- SE NEGÓ A CONTESTAR

2b. [SI 2 = SÍ] ¿Su contacto con un compañero especialista de recuperación, tutor o mentor es obligatorio o voluntario?

- Voluntario
- Obligatorio, a través de mi programa de tratamiento
- Obligatorio, a través de un tribunal o por la libertad bajo palabra
- Mandatorio, otro (especifique) _____
- SE NEGÓ A CONTESTAR

2c. [SI 2 = SÍ] ¿Qué tanto le ha servido en su recuperación el trabajar con un compañero especialista de recuperación, tutor o mentor?

- Nada
- Poco
- Moderadamente
- Considerablemente
- Extremadamente
- SE NEGÓ A CONTESTAR

2d. [SI 2 = SÍ] Si no hubiera trabajado con un compañero especialista de recuperación, tutor o mentor, ¿donde cree que estaría en su recuperación ahora?

- No muy lejos en mi recuperación
- En el mismo lugar
- Mas lejos en mi recuperación
- SE NEGÓ A CONTESTAR

LA ENTREVISTA ESTA COMPLETA. DENTRO DE CUATRO DÍAS DE COMPLETAR ESTA ENTREVISTA, POR FAVOR INGRESE ESTA ENCUESTA A EL FORMULARIO ENCONTRADO EN LÍNEA. PUEDES ENCUENTRA ESTE FORMULARIO EN LA PÁGINA DE RECURSOS DEL PORTAL DE APOYO DE SOR: <https://www.virginiasorsupport.org/gpra-survey-materials>

**2e. [SI 2 = NO] ¿Cuáles son las principales razones de que usted no esté trabajando con un compañero especialista de recuperación, tutor o mentor?
[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN].**

- No me interesa trabajar con un compañero
- Me interesa y planeo conectarme con un compañero pronto
- Me interesa, pero no hay un compañero especialista de recuperación, tutor o mentor disponible con quien trabajar
- Me interesa, pero no me siento cómodo(a) trabajando con ninguno de los compañeros especialistas de recuperación, tutores o mentores disponibles
- Me interesa, pero para mí es difícil encontrar el tiempo para trabajar con un compañero
- Me interesa, pero para mí es difícil conseguir transporte para trabajar con un compañero
- No sabía que trabajar con un compañero era una opción
- Otro (especifique) _____
- SE NEGÓ A CONTESTAR

[FIN DE LA ENCUESTA]

Dentro de cuatro días de completar esta entrevista, por favor ingrese esta encuesta a el formulario encontrado en línea. Puedes encontrar este formulario en la página de Recursos del portal de apoyo de SOR:

<https://www.virginiasorsupport.org/qpra-survey-materials>