

Form Approved  
OMB No. 0930-0208  
Expiration Date: 12-31-2005

**Resultados de Medidas de Programas Discrecionarios  
para Clientes de CSAT GPRA**

El tiempo calculado para suministrar este cuestionario y obtener la información correspondiente se estima en un promedio de 20 minutos. Si gran parte de la información ya ha sido recaudada como parte del seguimiento continuo del cliente, menos tiempo será requerido. Envíe sus comentarios acerca del tiempo estimado o cualquier otro aspecto de la recaudación de información de este formulario a:

SAMHSA Report Clearance Officer, Room 16-105,  
5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857

Ninguna agencia podrá conducir o auspiciar la recaudación de esta información, al igual que tampoco se obliga a ninguna persona a contestarla a menos que la misma tenga un número de control válido y vigente. El número de control de este proyecto es 0930-0208.

---

**A. CONTROL DE ARCHIVOS**  
*RECORD MANAGEMENT/Manejo de Expediente*

Número de Cliente \_\_\_\_\_  
*Client ID*

Número de Contrato o Concesión \_\_\_\_\_  
*Contract/Grant ID*

Año de la Concesión \_\_\_\_\_  
*Grant Year*

Fecha de la Entrevista \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Interview Date*

Tipo de Entrevista    **1) Entrevista Inicial**    **2) Seguimiento, 6 meses**    **3) Seguimiento, 12 meses**    **4) Seguimiento, 3 meses**  
*Interview Type*            *Intake*                            *6-month follow-up*            *12-month follow-up*            *3-month follow-up*

Tipo de Servicio

Entrevista inicial solamente: ¿Cuál tipo de servicio recibe el cliente en su programa?

- \_\_\_\_\_ 1. Manejo de caso
- \_\_\_\_\_ 2. Tratamiento diurno/ Tratamiento durante el día
- \_\_\_\_\_ 3. Tratamiento hospitalizado (aplica solamente en una institución hospitalaria)
- \_\_\_\_\_ 4. Tratamiento externo/paciente externo/tratamiento ambulatorio
- \_\_\_\_\_ 5. Outreach: Trabajador de alcance/Trabajador de comunidad
- \_\_\_\_\_ 7. Metadona
- \_\_\_\_\_ 8. Tratamiento residencial
- \_\_\_\_\_ 9. Otra clase de tratamiento \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ 10. Otra clase de tratamiento \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ 11. Otra clase de tratamiento \_\_\_\_\_

---

**B. USO DE ALCOHOL Y DROGAS**

**1. Durante los últimos 30 días, ¿Por cuántos días ha usado las siguientes sustancias?**

- |   | <b>Número de Días</b> |
|---|-----------------------|
| a. Un poco de cualquier bebida con alcohol  | _____                 |
| b1. Alcohol hasta intoxicarse o emborracharse (5 tragos o más en una sola ocasión)                                  | _____                 |
| b2. Alcohol hasta intoxicarse o emborracharse (4 tragos o menos en una sola ocasión y sintió el efecto del alcohol) | _____                 |
| c. Otras drogas ilegales  | _____                 |

**2. Durante los últimos 30 días, ¿Por cuántos días ha usado alguna de las siguientes sustancias?**

	<b>Número de Días</b>
a. Cocaína/roca (crack)	_____
b. Marijuana/ hachís (pasto, yerba, krippie = PR, chocolate)	_____
c. Heroína [smack, H, junk, skag], u otros opios/opiaceos	_____
1. Heroína (tecata, manteca, chiva, hambrecitos)	_____
2. Morfina	_____
3. Diluadid	_____
4. Demerol	_____
5. Percocet	_____
6. Darvon	_____
7. Codeina	_____
8. Tylenol 2,3,4	_____
d. Metadona sin receta (LAAM, dolopina)	_____
e. Fenciclidina (PCP, niebla) u otros alucinógenos/psicodélicos, LSD (ácido), psilocibina (las mujercitas), mescalina (peyote), hongos	_____
f. Metanfetamina (cristina), u otras anfetaminas (bombitas), “crank = LA, SF”	_____
g. 1. Benzodiacepina: Diazepan (Valium), Alpeazolam (Xanax), Triazolam (Halcion), Estazolam (Prosom y Rohypnol, tambien conocido como roofies, roche, y cope)	_____
2. Barbitúricos: Mephobarbital (Mebacut); and pentobarbital sodium (Nembutal)	_____
3. Sin receta GHB (conocida como daño corporal grave) éxtasis líquido y (Chico Georgia) G	_____
4. Ketamina (conocida como Special K o vitamina K)	_____
5. Otros tranquilizantes, sedativos, hipnóticos	_____
h. Inhalantes, anfetaminas, pega = PR, goma = México, disolvente, gasolina, pintura	_____
i. Otras drogas ilegales, Especifique: _____	

**3. Durante los últimos 30 días, ¿Se ha inyectado droga?    ( ) Sí    ( ) No**

Si “No,” proceda (pase) a la sección C.

**4. En los últimos 30 días, ¿Con qué 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

---

**C. CONDICIONES FAMILIARES Y DE VIVIENDA**

**1. Durante los últimos 30 días, ¿Dónde ha vivido la mayoría del tiempo?**

- En un albergue o shelter = PR (algún otro lugar temporal)
- 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
  - Casa de rehabilitación
  - Tratamiento residencial
  - Otra clase de alojamiento/albergue, Especifique: \_\_\_\_\_

**2. Durante los últimos 30 días, ¿Cuánto estrés (preocupación excesiva) ha sufrido por su uso de alcohol o drogas?**

- Ninguno
- Un poco
- Considerable
- Bastante

**3. Durante los últimos 30 días, ¿Su uso de alcohol o drogas le ha causado reducir o abandonar actividades importantes?**

- Para nada
- Un poco
- Considerable
- Bastante

**4. Durante los últimos 30 días, ¿Su uso de alcohol o drogas le ha causado problemas emocionales?**

- Ninguno
- Un poco
- Considerable
- Bastante

---

**D. EDUCACION, EMPLEO, E INGRESO ECONOMICO**

- 1. ¿Está usted inscrito o matriculado en una escuela o programa de entrenamiento para empleo? Si va a una escuela o entrenamiento, ¿Es por tiempo completo o parcial?**

- No estoy inscrito o matriculado
- Inscrito a tiempo completo
- Inscrito a tiempo parcial
- Otra forma, Especifique: \_\_\_\_\_

- 2. Hasta qué grado o nivel de educación ha completado, aunque no se haya graduado o recibido?**  
01 = Primer grado de primaria, 12 = Escuela secundaria (sexto año de preparatoria), 13 = Primer año de universidad, 16 = Completó los 4 años de universidad

Anote el número de nivel correspondiente: \_\_\_\_\_

- 2a Si no terminó la escuela secundaria (estudió menos de doce años), ¿Tiene un diploma de equivalencia a graduación de escuela secundaria (GED)?**

- Sí  No

- 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.)**

- A tiempo completo (35 horas o más por semana) o lo hubiera estado
- 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: \_\_\_\_\_

- 4. ¿Cuánto dinero aproximadamente ha recibido usted (antes de pagar impuestos) durante los últimos 30 días? ¿Cómo obtuvo ese ingreso?**

- a. Salario \$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ . 00
- b. Asistencia pública \$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ . 00
- c. Jubilación (retiro) \$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ . 00
- d. Por incapacidad \$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ . 00
- e. Ingreso ilegal \$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ . 00
- f. Otro \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ . 00

---

**E. CONDICIÓN LEGAL Y CRIMINAL**

1. En los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha sido arrestado? \_\_\_\_\_ veces  
Si no ha sido arrestado, proceda (pase) a la sección E3.
  2. En los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha sido arrestado por delitos relacionados con drogas?  
\_\_\_\_\_ veces
  3. En los últimos 30 días, ¿Cuántas noches ha pasado en prisión/carcel? \_\_\_\_\_ noches
- 

**F. PROBLEMAS Y TRATAMIENTOS FÍSICOS Y MENTALES**

1. ¿Cómo describiría usted su salud actual?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mal

2. Durante los últimos 30 días, Ha recibido usted:

- |   |                       |                       |                        |
|---|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| a. Tratamiento hospitalizado por:         | <b>No</b>             | <b>Sí</b>             | <b>Total de noches</b> |
| Problema o queja física                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____                  |
| Dificultades mentales o emocionales       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____                  |
| Abuso de alcohol o drogas                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____                  |
| b. Tratamiento externo (ambulatorio) por: | <b>No</b>             | <b>Sí</b>             | <b>Total de veces</b>  |
| Problema o queja física                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____                  |
| Dificultades mentales o emocionales       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____                  |
| Abuso de alcohol o drogas                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____                  |
| c. Tratamiento en sala de emergencia por: | <b>No</b>             | <b>Sí</b>             | <b>Total de noches</b> |
| Problema o queja física                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____                  |
| Dificultades mentales o emocionales       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____                  |
| Abuso de alcohol o drogas                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____                  |

**3. Durante los últimos 30 días, Ha tenido actividades sexuales?**

O No es permitido preguntarle                      O Sí                      O No

a. Contactos sexuales (vaginal, oral, anal), ¿Ha tenido? \_\_\_\_\_

b. Contactos sexuales sin protección, ¿Ha tenido? \_\_\_\_\_

Si "Ningún Contacto," proceda (pase) a la sección F4.

c. Los contactos sexuales sin protección fueron con una persona la cual es o era:

Portador del virus VIH (HIV+)/SIDA \_\_\_\_\_

Alguien que usa drogas via intravenosa \_\_\_\_\_

Intoxicado(a) con alguna sustancia \_\_\_\_\_

**4. Durante los últimos 30 días y no causado por su uso de alcohol o drogas, ¿Cuántos días usted ha?**

a. Sufrido depresión grave \_\_\_\_\_

b. Sufrido ansiedad o tensión grave \_\_\_\_\_

c. Sufrido alucinaciones \_\_\_\_\_

d. Sufrido problemas entendiendo, concentrándose, o recordando \_\_\_\_\_

e. Sufrido problemas controlando su temperamento violento \_\_\_\_\_

f. Intentado suicidarse \_\_\_\_\_

g. Recibido medicinas/recetas prescritas para problemas psicológicos/emocionales \_\_\_\_\_

**4a. Si ha respondido uno o más días en la pregunta 4, ¿Cuánto le ha molestado/afectado esos problemas psicológicos o emocionales en los últimos 30 días? (Si no reportó días en ninguna de las opciones en la sección 4, proceda (pase) a la siguiente pregunta.)**

- O Para nada
- O Un poco
- O Moderadamente
- O Considerablemente
- O Extremadamente

---

**H. DEMOGRAFÍA (Esta información debe ser obtenida solamente en la entrevista inicial.)**

**1. Género**

- Masculino
- Femenino
- Transgénero
- Otro, Especifique: \_\_\_\_\_

**2. ¿Es usted hispano o latino?**

- Sí
- No

Si “Si,” ¿De qué grupo étnico se considera?

- Centroamericano(a)
- Cubano(a)
- Dominicano(a)
- Mejicano(a)
- Puertorriqueño(a)
- Sur Americano(a)
- Si otro, Especifique: \_\_\_\_\_

**3. ¿Cuál es su raza?**

- Raza negra o áfricoamericano
- Asiático
- Indígena o indio americano
- Hawaiano o de las islas del pacífico
- Nativo de Alaska
- Raza blanca
- Otro, Especifique \_\_\_\_\_

**4. Fecha de nacimiento**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
mes      día      año

---

**I. 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?**

- 01 = Difunto/fallecido a la fecha de la entrevista
- 02 = Entrevista completada de acuerdo a 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 = Incapaz de localizar, se mudó/cambió de dirección
- 32 = Incapaz de localizar, otra razón

---

**J. ESTADO DEL CLIENTE CUANDO FUE DADO DE BAJA DEL PROGRAMA (reporte dado por el personal del programa acerca del cliente solo durante la entrevista de seguimiento)**

**1. ¿En qué fecha el cliente fue dado de baja/despachado?** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**mes                      día                      año**

**2. ¿Cuál es el estado del cliente en la entrevista de seguimiento?**

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

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

- 01 = Abandonó por su propia decisión en contra del consejo del personal, con progreso satisfactorio
- 02 = Abandonó por su propia decisión en contra del consejo del personal, sin progreso satisfactorio
- 03 = Dado de baja involuntario/se fue de tratamiento, debido a la falta de participación
- 04 = Dado de baja involuntario/se fue de 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) a 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 cargo anterior antes de entrar a tratamiento sin progreso satisfactorio
- 11 = Transferido(a) a otra facilidad debido a razones médicas/de salud
- 12 = Fallecido/difunto/murió
- 13 = Otra

**3. Durante el curso del tratamiento en su proyecto, ¿Qué tipos de servicios recibió el cliente?  
(Marque todas las opciones que aplican y cuantas semanas el cliente recibió esos servicios.)**

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Manejo de caso   | <input type="checkbox"/> Semanas |
| <input type="checkbox"/> 2. Tratamiento diurno/Tratamiento durante el día                | <input type="checkbox"/> Semanas |
| <input type="checkbox"/> 3. Tratamiento hospitalizado                                    | <input type="checkbox"/> Semanas |
| <input type="checkbox"/> 4. Tratamiento externo/paciente externo/tratamiento ambulatorio | <input type="checkbox"/> Semanas |
| <input type="checkbox"/> 5. Outreach: Trabajador de alcance/Trabajador de comunidad      | <input type="checkbox"/> Semanas |
| <input type="checkbox"/> 6. Tratamiento intensivo ambulatorio                            | <input type="checkbox"/> Semanas |
| <input type="checkbox"/> 7. Metadona   | <input type="checkbox"/> Semanas |
| <input type="checkbox"/> 8. Tratamiento residencial                                      | <input type="checkbox"/> Semanas |
| <input type="checkbox"/> 9. Otra clase de tratamiento _____                              | <input type="checkbox"/> Semanas |
| <input type="checkbox"/> 10. Otra clase de tratamiento _____                             | <input type="checkbox"/> Semanas |
| <input type="checkbox"/> 11. Otra clase de tratamiento _____                             | <input type="checkbox"/> Semanas |