

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 Seguimiento y Descargo

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 por 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 Comités de Servicio de la Comunidad en Virginia que proveen servicios de tratamiento financiados con los subsidios del SOR.

Preguntas de la encuesta de admisión que no aplican fueron eliminadas. Para ser consistente, la numeración de las preguntas coincide con la encuesta de admisión, y como resultado, se han omitido algunos números de preguntas en esta encuesta de seguimiento y descargo.

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



SOR-III Índice de la Encuesta de Seguimiento y Descargo

SECCIONES ADMINISTRATIVAS PARA QUE EL PERSONAL CSB COMPLETE:

A. GESTIÓN DE REGISTROS	3
A. PREGUNTAS DE SEGUIMIENTO	4
A. PREGUNTAS DE DESCARGO.....	5

SECCIONES DE LA ENTREVISTA PARA SER COMPLETADAS CON EL CLIENTE:

B. HISTORIAL DE USO DE SUSTANCIAS Y SALUD MENTAL.....	11
C. CONDICIONES DE VIDA.....	18
D. EDUCACIÓN, EMPLEO E INGRESOS	20
E. LEGAL	22
F. SALUD MENTAL Y FÍSICA, Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN	23
G. RELACIONES SOCIALES	23
H. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA	26

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

- Clínica del CSB (en persona o virtual) **[PASE A PREGUNTA 6]**
- Cárcel/Entorno de justicia penal (en persona o virtual)
- Otro, por favor especifique: **[PASE A PREGUNTA 6]**

5a. **[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:

5b. **[SI EN CÁRCEL/ENTORNO DE JUSTICIA PENAL]** ¿Está encarcelado el cliente en este momento?

- Sí
- No

6. ¿Cuál encuesta estas reportando? [ESCOGE SOLO UN TIPO DE ENTREVISTA].

- Seguimiento de 6 meses **[VAYA A LAS PREGUNTAS DE SEGUIMIENTO.]**
- Descargo **[VAYA A LAS PREGUNTAS DE DESCARGO y SERVICIOS RECIBIDOS.]**

A. PREGUNTAS DE SEGUIMIENTO

[REPORTADO POR PERSONAL DEL PROGRAMA DURANTE LA ENCUESTA DE SEGUIMIENTO. SI FUE DADO DE ALTA, PASE A LA PROXIMA SECCION: ESTADO DE DESCARGO.]

1 ¿Se pudo contactar al cliente para seguimiento?

- Sí
- No

2. ¿Cuál es el estado de seguimiento del cliente? [ESTE ES UN CAMPO OBLIGATORIO: NO SE ACEPTARÁN LAS RESPUESTAS “NA”, “SE NEGÓ A RESPONDER”, “NO SABE” Y “OMITIDO”.]

- Fallecido en el momento de la fecha en que debía realizarse la entrevista
- Completó la entrevista dentro del período especificado.
- Completó la entrevista fuera del período especificado.
- Se le ubicó, pero Se negó a responder; sin especificar
- Se le ubicó, pero no pudo tener acceso a la institución
- Se le ubicó, pero no se pudo acceder de otra manera
- Se le ubicó, pero fue retirado(a) del proyecto
- No se le pudo ubicar, se mudó
- No se le pudo ubicar por otra razón (especifique) _____

3. ¿Está el cliente recibiendo servicios de su programa todavía?

- Sí
- No

[SI ESTA COMPLETANDO UNA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO, PASE A SECCION B. HISTORIAL DE USO DE SUSTANCIAS Y SALUD MENTAL.]

[SI ESTA COMPLETANDO UN SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO, LA ENTREVISTA ESTÁ COMPLETA.]

A. PREGUNTAS DE DESCARGO

[REPORTADO POR PERSONAL DEL PROGRAMA DURANTE LA ENCUESTA DE DESCARGO. NO INCLUYAN DURANTE LA ENTREVISTA CON EL CLIENTE.]

1. ¿Qué tipo de descargo es este?

- Entrevista (Ya dirigiendo o dirigiendo ahora)
- Administrativo (No se realizó la entrevista)

2. ¿En que fecha se le dio el alta medica al cliente?

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
MES DÍA AÑO

3. ¿Cuál es el estado de descargo del cliente?

- Completo/Graduado **[PASE A PREGUNTA Q4]**
- Cancelacion **[VAYA A PREGUNTA Q3A]**

3a. Si se canceló la participación del cliente, ¿cuál fue el motivo de cancelación? [SELECCIONE UNA RESPUESTA].

- Se fue por su propia decisión, contradiciendo la recomendación del personal, con progreso satisfactorio
- Se fue por su propia decisión, contradiciendo la recomendación del personal, sin progreso satisfactorio
- Se le dio el alta de manera involuntaria por falta de participación
- Se le dio el alta de manera involuntaria por violación de las reglas
- Se le derivó a otro programa u otros servicios con progreso satisfactorio
- Se le derivó a otro programa u otros servicios con progreso insatisfactorio
- Se le encarceló por un delito cometido durante el tratamiento/la recuperación con progreso satisfactorio
- Se le encarceló por un delito cometido durante el tratamiento/la recuperación con progreso insatisfactorio
- Se le encarceló debido a una orden de arresto o cargo anterior, antes de ingresar al tratamiento/la recuperación con progreso satisfactorio
- Se le encarceló debido a una orden de arresto o cargo anterior, antes de ingresar al tratamiento/la recuperación con progreso insatisfactorio
- Se le transfirió a otra instalación por razones de salud
- Fallecimiento
- Otra (especifique) _____

4. ¿Ordenó el programa una prueba de VIH para este cliente?

- Sí **[PASE A PREGUNTA Q6]**
- No **[VAYA A PREGUNTA Q5]**

PREGUNTAS DE DESCARGO (Continuación)

5. [Si 4 = NO] ¿Derivó el programa al cliente para que se realizara una prueba de VIH con otro proveedor?

- Sí
- No

6. ¿Proporcionó el programa naloxona y/o tiras reactivas de fentanilo a este cliente en algún momento de su participación en servicios financiados por la subvención?

- Naloxona
- Tiras reactivas de fentanilo
- Ambas naloxona y tiras reactivas de fentanilo
- Ninguno

7. ¿Está el cliente completamente vacunado(a) contra el virus que causa COVID-19?

- Sí
- No, parcialmente vacunado(a) con planes de recibir la siguiente vacuna a tiempo
- No, parcialmente vacunado(a) sin planes de recibir la siguiente vacuna
- No, cliente se negó a vacunarse
- SE NEGÓ A CONTESTAR

A. PREGUNTAS DE DESCARGO (Continuación)

SERVICIOS RECIBIDOS BAJO LA FINANCIACION DE SUBVENCIÓN [Reportado por el personal del programa solamente durante el descargo.]

Identifique la cantidad de DÍAS de servicio proporcionados al cliente durante el transcurso del tratamiento/la recuperación del cliente. [INGRESE CERO SI NO SE PROPORCIONAN SERVICIOS.]

MODALIDAD [SELECCIONE "SÍ" PARA POR LO MENOS UNA MODALIDAD]	# DIAS
1. Administración de casos	_____
2. Tratamiento ambulatorio intensivo	_____
3. Internación/Hospital (por cualquier causa distinta de la desintoxicación)	_____
4. Tratamiento ambulatorio	_____
5. Extensión comunitaria	_____
6. Medicamentos	
a. Metadona	_____
b. Buprenorfina	_____
c. Naltrexona de actuación corta	_____
d. Naltrexona de liberación prolongada	_____
e. Disulfiram	_____
f. Acamprosato	_____
g. Reemplazo de Nicotina	_____
h. Bupropión	_____
i. Vareniclina	_____
7. Tratamiento residencial/rehabilitación	_____
8. Desintoxicación (seleccione solo una opción)	
a. Internación hospitalaria	_____
b. Tratamiento residencial autónomo	_____
c. Desintoxicación ambulatoria	_____
9. Cuidado postratamiento	_____
10. Apoyo durante la recuperación	_____
11. Otro. Especifique: _____	_____
Identifique la cantidad de SESIONES proporcionadas al cliente durante el transcurso del tratamiento/la recuperación del cliente	# SESIONES
1. Detección	_____
2. Intervención breve	_____
3. Tratamiento breve	_____
4. Derivación para recibir tratamiento	_____
5. Evaluación	_____
6. Planificación de tratamiento	_____
7. Planificación de recuperación	_____
8. Terapia individual	_____
9. Terapia grupal	_____
10. Manejo de contingencias	_____
11. El programa de Refuerzo comunitario	_____
12. Terapia cognitiva conductual (CBT)	_____
13. Terapia familiar/ matrimonial	_____

SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE CASOS	# SESIONES
1. Servicios para la familia (educación matrimonial, crianza y crecimiento infantil)	_____
2. Cuidado infantil	_____
3. Servicios de empleo	
a. Servicios anteriores al empleo	_____
b. Preparación para el empleo	_____
4. Coordinación de servicios individuales	_____
5. Transporte	_____
6. Servicios relacionados con el VIH/SIDA	_____
7. Servicios de vivienda temporal en lugares libres de drogas	_____
8. Servicios de vivienda	_____
9. inscripción en seguro medico	_____
10. Otros servicios. Especifique: _____	_____
SERVICIOS MÉDICOS	# SESIONES
1. Atención médica	_____
2. Pruebas de alcoholismo/drogadicción	_____
3. Servicios obstétricos/ginecológicos	_____
4. Pruebas y apoyo para el VIH/SIDA	_____
5. Pruebas y apoyo médico para la hepatitis viral	_____
6. Pruebas y apoyo médico para otras infecciones de transmisión sexual (ITS)	_____
7. Atención dental	_____
8. Otros servicios médicos. Especifique: _____	_____
SERVICIOS DE CUIDADO POSTRATAMIENTO	# SESIONES
1. Atención continua	_____
2. Prevención de recaídas	_____
3. Preparación para la recuperación	_____
4. Grupos de auto ayuda y de apoyo mutuo	_____
5. Apoyo espiritual	_____
6. Otros servicios. Especifique: _____	_____
SERVICIOS EDUCATIVOS	# SESIONES
1. Educación sobre el abuso de sustancias	_____
2. Educación sobre el VIH/SIDA	_____
3. Educación sobre la hepatitis viral	_____
4. Otra educación sobre las ITS	_____
5. Capacitación en Naloxona	_____
6. Capacitación de tiras reactivas de fentanilo	_____
7. Otro. Especifique: _____	_____

14. Servicios de tratamiento para trastornos co-ocurrentes	_ _ _
15. Tratamiento farmacológicas	_ _ _
16. Terapia de VIH/SIDA	_ _ _
17. Intervenciones o actividades culturales	_ _ _
18. Otros servicios clínicos. Especifique:	_ _ _

SERVICIOS DE APOYO ENTRE PARES DURANTE LA RECUPERACIÓN	# SESIONES
1. Orientación o tutoría entre pares	_ _ _
2. Servicios vocacionales	_ _ _
3. Vivienda de recuperación	_ _ _
4. Planeamiento de recuperación	_ _ _
5. Servicios de administración de casos específicos para apoyar la recuperación	_ _ _
6. Actividades sociales sin alcohol ni drogas	_ _ _
7. Información y derivaciones	_ _ _
8. Otros servicios de apoyo durante la recuperación (Especifique)	_ _ _
9. Otros servicios de apoyo entre pares durante la recuperación (Especifique)	_ _ _

8. ¿Ha asistido este cliente a 60% o más de sus servicios planificados?

- Sí
 No

9. ¿Recibió este cliente algún servicio a través de telesalud o un plataforma virtual?

- Sí
 No

10. ¿Ha sido diagnosticado(a) este cliente con un trastorno de consumo de opioides anteriormente?

- Sí
 No [VAYA A PREGUNTA Q11]

10a. [SI ES AFFIRMATIVO] En los últimos 30 días, ¿qué medicamento aprobado por la FDA recibió el cliente para tratar este trastorno de consumo de opioides? [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 [PASE A PREGUNTA 11]

10b. [SI RECIBIO CUALQUIERA DE LOS MEDICAMENTOS MENCIONADOS] ¿Ha tomado este cliente el medicamento según lo recetado?

- Sí
 No

A. PREGUNTAS DE DESCARGO (Continuación)

11. ¿Ha sido este cliente diagnosticado(a) con un trastorno de consumo de alcohol anteriormente?

- Sí
- No [VAYA A PREGUNTA Q12]

11a. [SI ES AFFIRMATIVO] En los últimos 30 días, ¿qué medicamento aprobado por la FDA recibió el cliente para tratar este trastorno de consumo de alcohol?

[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 [PASE A PREGUNTA 12]

11b. [SI RECIBIO CUALQUIERA DE LOS MEDICAMENTOS MENCIONADOS] ¿Ha tomado este cliente el medicamento según lo recetado?

- Sí
- No

12. ¿Ha sido este cliente diagnosticado(a) con un trastorno de consumo de estimulantes anteriormente?

- Sí
- No [VAYA A PREGUNTA 13]

12a. En los últimos 30 días, ¿qué intervenciones recibió el cliente para tratar este trastorno de consumo de estimulantes? [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

12b. [SI RECIBIO CUALQUIERA DE LAS INTERVENCIONES MENCIONADAS] ¿Ha asistido y participado este cliente en intervenciones para trastorno de consumo de estimulantes?

- Sí
- No

A. PREGUNTAS DE DESCARGO (Continuación)

13. ¿Ha sido este cliente diagnosticado(a) con un trastorno de consumo tabaco anteriormente?

- Sí
- No **[VAYA A SECCION B Y EMPIEZE LA ENTREVISTA DE CLIENTE. SI ESTA ES UNA DESCARGA ADMINISTRATIVA, LA ENTREVISTA ESTA COMPLETA]**

13a. En los últimos 30 días, ¿qué medicamento aprobado por la FDA recibió el cliente para tratar este trastorno de consumo de tabaco? **[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

13b. **[SI RECIBIO CUALQUIERA DE LOS MEDICAMENTOS MENCIONADOS]** ¿Ha tomado este cliente el medicamento según lo recetado?

- Sí
- No

[SIGA A SECCION B Y EMPIEZE LA ENTREVISTA DE CLIENTE. SI ESTA ES UNA DESCARGA ADMINISTRATIVA, LA ENTREVISTA ESTA COMPLETA]

B. 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 usa 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.

EMPIEZE 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		
<u>Alcohol</u>				
Alcohol	_ _ _ _			_ _
Otro (especifique)	_ _ _ _			_ _

	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		
Opiáceos				
Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Morfina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fentanilo (desvío de recetas o fuente ilegal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dilaudid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Demerol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Percocet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tylenol 2, 3, 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OxyContin/Oxicodona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Metadona no recetada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Buprenorfina no recetada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cannabis				
Cannabis (marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cannabinoides sintéticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sedantes, hipnóticos o tranquilizantes				
Sedantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipnóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tranquilizantes/benzodiazepinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cocaína				
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros estimulantes				
Metanfetamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medicamentos estimulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alucinógenos y Psicodélicos				
PCP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hongos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mezcalina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salvia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DMT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	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		
Otro (especifique)	_ _	_		
Inhalantes				
Inhalantes	_ _	_		
Otro (especifique)	_ _	_		
Otras sustancias psicoactivas				
GHB no recetado	_ _	_		
Ketamina	_ _	_		
MDPV/Sales de baño	_ _	_		
Kratom	_ _	_		
Khat	_ _	_		
Otros tranquilizantes	_ _	_		
Otros calmantes	_ _	_		
Otros sedantes	_ _	_		
Otros hipnóticos	_ _	_		
Otro (especifique)	_ _	_		
Tabaco y nicotina				
Tabaco	_ _	_		
Nicotina (Incluyendo productos de vapeadores)	_ _	_		
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

B. USO DE SUSTANCIAS Y SALUD MENTAL (Continuación)

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?

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

B. USO DE SUSTANCIAS Y SALUD MENTAL (Continuación)

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 **[PASE A PREGUNTA 10]**
- SE NEGÓ A CONTESTAR **[PASE 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?

- Si **[VAYA A PREGUNTA 10A]**
- No **[SIGA A SECCION C. CONDICIONES DE VIVIENDA]**
- SE NEGÓ A CONTESTAR **[SIGA SECCION C. CONDICIONES DE VIVIENDA]**

B. USO DE SUSTANCIAS Y SALUD MENTAL (Continuación)

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 PREFIERE, 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 ánimo</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 excoriación (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"/>
Síndromes conductuales asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	
Trastornos alimenticios	<input type="radio"/>
Trastornos del sueño no causados por una sustancia o afección psicológica conocida	<input type="radio"/>
Trastornos de la personalidad y el conducta en adultos	
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
- NO SABE

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 ULTIMOS 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?
- 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

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

D. EDUCACIÓN, EMPLEO E INGRESOS (Continuación)

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

E. LEGAL

Ahora tengo algunas preguntas acerca de si ha sido o no arrestado recientemente o tiene un caso pendiente. Quiero recordarle que sus respuestas a estas preguntas no afectarán su estatus legal. Usted puede elegir no contestar cualquiera de las preguntas.

1. **Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces le arrestaron? [INGRESE EL NÚMERO DE VECES. INGRESE 0 SI EL CLIENTE NO INDICA NINGÚN ARRESTO DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS]**

VECES SE NEGÓ A CONTESTAR

2. **Actualmente, ¿está a la espera de cargos criminales, un juicio o una sentencia?**

SÍ
 NO
 SE NEGÓ A CONTESTAR

3. **Actualmente, ¿está en libertad condicional o bajo palabra o supervisión intensiva previa al juicio?**

Probatoria
 Libertad condicional
 Supervisión intensiva previa al juicio
 No
 SE NEGÓ A CONTESTAR

4. **¿ Actualmente participa en un programa de tribunal de drogas o tiene un acuerdo de enjuiciamiento diferido?**

Programa de tribunal de drogas
 Acuerdo de enjuiciamiento diferido
 No, ninguno de estos
 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. PROBLEMAS DE 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 inglés) 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1b. En general, yo estoy contento(a) con mi vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1c. Tengo suficiente energía para completar las tareas que me propongo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1d. Estoy orgulloso(a) de la comunidad en la que vivo y me siento parte de ella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1e. Recibo mucho apoyo de mis amigos(as)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1f. Considero que mi vida es desafiante y satisfactoria sin la necesidad de consumir drogas o alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1g. Mi espacio para vivir me ha ayudado conducir mi viaje de recuperación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1h. Asumo toda la responsabilidad por mis acciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1i. Estoy feliz de tratar con una variedad de profesionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1j. Estoy progresando bien en mi viaje de recuperación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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]
- 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.virginiadorsupport.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 encuentra este formulario en la página de Recursos del portal de apoyo de SOR:

<https://www.virginiadorsupport.org/gpra-survey-materials>