

División de salud conductual

Herramienta de resultados de salud mental

Alta de Jóvenes

Fecha de hoy:

ID STARS del cliente: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Programa

CYF Services (SED)

FFT

JJRI EBP

1. ¿Fue a la escuela en algún momento durante los últimos tres meses?

Sí

No

*Requerido a nivel federal

2. Marque con un círculo su nivel educativo actual o el más alto completado:

*Requerido a nivel federal

3. ¿Está trabajando actualmente? (**Recopilado solo para clientes mayores de 16 años)

Empleado a tiempo completo (más de 35 horas por semana)

Estudiante

Empleado a tiempo parcial

Jubilado

Trabajador doméstico

Otro (especificar) _____

Discapacitado

*Requerido a nivel federal

4. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación residencial actual?

Independiente, vive en una residencia privada

Falta de vivienda

Dependiente, vive en una residencia privada

Cárcel/Institución correccional

Cuidado residencial (casa grupal, centro de rehabilitación, cuidado operado por una agencia)

Casa de acogida/Crianza temporal

Entorno institucional (atención las 24 horas, los 7 días de la semana por personal calificado/de especialidad o médicos)

Residencia de crisis

Otro

*Requerido a nivel federal

5. Diría que en general su salud es:

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Mala

a. Pensando ahora en su salud física, incluyendo enfermedades y lesiones físicas, ¿cuántos días durante los últimos 30 días su salud física no fue buena? _____

b. Pensando en su salud mental, incluyendo estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días durante los últimos 30 días su salud mental no fue buena? _____

c. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días su mala salud física o mental le impidió hacer sus actividades habituales, como el cuidado personal, el trabajo o el ocio? _____

Formulario MH para jóvenes: alta

6. Responda las siguientes preguntas	Cantidad de noches/horas	No sabe
En los últimos 30 días, ¿cuántas veces estuvo detenido? <small>*Elemento requerido a nivel federal</small>	—	<input type="checkbox"/>
7. Responda las siguientes preguntas basándose en los últimos 6 meses...	Cantidad de noches/horas	No sabe
a. ¿Cuántas veces fue a una sala de emergencias por un problema psiquiátrico o emocional?	—	<input type="checkbox"/>
b. Cuántas noches pasó en un centro por:		
i. Desintoxicación	—	<input type="checkbox"/>
ii. Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias como paciente hospitalizado/residencial	—	<input type="checkbox"/>
iii. Atención a la salud mental	—	<input type="checkbox"/>
iv. Enfermedad, lesión, cirugía	—	<input type="checkbox"/>
c. ¿Cuántas veces estuvo detenido?	—	<input type="checkbox"/>
d. ¿Cuántas noches pasó en un centro correccional, incluyendo el JDC o la cárcel (por arresto, violación de la libertad condicional o de la libertad vigilada)?	—	<input type="checkbox"/>
e. ¿Cuántas veces intentó suicidarse? <small>*Elemento requerido a nivel federal</small>	—	<input type="checkbox"/>
8. Indique su nivel de acuerdo o desacuerdo con las declaraciones marcando la opción que mejor represente sus sentimientos u opiniones durante los últimos 6 meses. (Responda por relaciones con personas que no sean sus proveedores de salud conductual). *Requerido a nivel federal	Opciones de respuesta	
	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo
	Indeciso	De acuerdo
	Completamente de acuerdo	No aplica
	Rechazada	
Área: Conexión social: preguntas 1-4		
1. Conozco personas que me escucharán y entenderán cuando necesite hablar.		
2. En una crisis, tendría el apoyo que necesito de familiares y amigos.		
3. Cuento con personas con las que me siento cómodo hablando de mis problemas.		
4. Cuento con personas con las que puedo hacer cosas agradables.		
Área: Área de mejora del funcionamiento/resultados: preguntas 5-11		
5. Soy más capaz de hacer las cosas que quiero hacer.		
6. Me llevo mejor con los familiares.		
7. Me llevo mejor con amigos y otras personas.		
8. Me está yendo mejor en la escuela o en el trabajo.		
9. Soy más capaz de sobrellevar las cosas cuando salen mal.		
10. Soy mejor manejando mi vida diaria.		
11. Estoy satisfecho con mi vida familiar en este momento.		

Formulario MH para jóvenes: alta

	Opciones de respuesta					
	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Completamente de acuerdo	No aplica
Área: Percepción del acceso a los servicios: preguntas 12-13						
12. El lugar donde se prestan los servicios fue conveniente.						
13. Los servicios están disponibles en horarios que me son convenientes.						
Áreas: Percepción de la sensibilidad cultural: preguntas 14-17						
14. El personal me trató con respeto.						
15. El personal respetó las creencias religiosas/espirituales de mi familia.						
16. El personal habló conmigo de manera que pueda entender.						
17. El personal fue sensible a mi origen cultural/étnico.						
Área: Percepción de la participación en la planificación del tratamiento: preguntas 18-20						
18. Ayudé a elegir mis servicios.						
19. Ayudé a elegir los objetivos de mi tratamiento.						
20. Participé en mi propio tratamiento.						
Área: Satisfacción general: preguntas 21-26						
21. En general, estoy satisfecho con los servicios que recibí aquí.						
22. Las personas que me ayudan se quedaron conmigo sin importar lo que pasara.						
23. Siento que tengo a alguien con quien hablar cuando tengo problemas.						
24. Recibí servicios que eran adecuados para mí.						
25. Recibí la ayuda que quiero.						
26. Recibí toda la ayuda que necesito.						

Pregunta que debe responder el médico

Puntuación GAIN Short Screener (GAIN-SS)					
Evaluador	Elementos	Mes pasado (4)	Últimos 90 días (4, 3)	Año pasado (4, 3, 2)	Siempre (4, 3, 2, 1)
IDScr	1a - 1f				
EDScr	2a - 2g				
SDScr	3a - 3e				
CVScr	4a - 4e				
TDSer	1a - 4e				