

División de salud conductual  
 Herramienta de resultados de salud mental  
 Jóvenes  
 ENTREVISTA INICIAL

Fecha de hoy:

ID STARS del cliente: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Programa**             CYF Services (SED)                       FFT  
 JJRI EBP

**1. 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? \_\_\_\_\_

**2. Responda las siguientes preguntas**

Cantidad de  
noches/horas      No  
sabe

En los últimos 30 días, ¿cuántas veces estuvo detenido?      \_\_\_\_\_     

\*Elemento requerido a nivel federal

**3. 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?      \_\_\_\_\_     

b. Cuántas noches pasó en un centro por:

i. Desintoxicación      \_\_\_\_\_     

ii. Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias como paciente hospitalizado/residencial      \_\_\_\_\_     

iii. Atención a la salud mental      \_\_\_\_\_     

iv. Enfermedad, lesión, cirugía      \_\_\_\_\_     

c. ¿Cuántas veces estuvo detenido?      \_\_\_\_\_     

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)?      \_\_\_\_\_     

e. ¿Cuántas veces intentó suicidarse?      \_\_\_\_\_     

\*Elemento requerido a nivel federal

## Formulario MH para jóvenes: entrevista inicial

**4. 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 bien con los familiares.
7. Me llevo bien con amigos y otras personas.
8. Me va bien en la escuela o en el trabajo.
9. Soy más capaz de hacer frente a las cosas cuando salen mal.
10. Puedo manejar mi vida diaria.
11. Estoy satisfecho con mi vida familiar en este momento.

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				