

Formulario SUD para jóvenes: alta

6. Responda las siguientes preguntas basándose en los últimos 30 días...	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"/>
Fuente: Formulario de historial de adultos de MPR actual (revisado el 3/06)		
c. ¿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"/>
d. ¿Cuántas veces intentó suicidarse?	—	<input type="checkbox"/>
*Elemento requerido a nivel federal		

7. Marque la casilla correspondiente sobre cómo le está yendo desde que entró en el programa que mejor nos diga lo que piensa.	Antes del programa				Ahora (al final del programa)			
	Mal	Regular	Bien	Excelente	Mal	Regular	Bien	Excelente
	1	2	3	4	1	2	3	4
a. Control del consumo de alcohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Control del consumo de drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Elemento acordado por el DOWG

8. Podría resistir la tentación de beber mucho o consumir drogas...	No estoy nada seguro Muy seguro										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... si estuviera enojado por la forma en que salieron las cosas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... si inesperadamente encontrara alcohol/drogas o si viera algo que me recuerde beber/consumir drogas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... si otras personas me tratan injustamente o interfieren con mis planes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... si saliera con amigos y siguieran sugiriendo que fuéramos a algún lugar para beber/consumir drogas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Formulario SUD para jóvenes: alta

9. Indique su nivel de acuerdo o desacuerdo con las declaraciones marcando la opción que mejor represente sus sentimientos u opiniones durante los últimos 30 días. (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
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.						
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 trata con respeto.						
15. El personal respeta las creencias religiosas/espirituales de mi familia.						
16. El personal habla conmigo de manera que pueda entender.						
17. El personal es 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.						

Formulario SUD para jóvenes: alta

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.

Preguntas que debe responder el médico

10. En este período de intervalo, ¿cuál es la evaluación (del médico) sobre la comprensión y la voluntad del paciente de participar en el programa de tratamiento? Marque con un círculo un número en la escala de abajo:

No comprometido y bloqueado	Compromiso mínimo en la recuperación	Participación limitada en la recuperación	Compromiso positivo en la recuperación	Compromiso óptimo en la recuperación	
1	2	3	4	5	
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				