

PÁGINA PRINCIPAL DE SALUD MENTAL DEL CLIENTE DE ADHS-DBHS

Oprima aquí para la Versión en inglés

Nombre _____ Fecha de Nac. _____ # de ident. CIS del Cliente _____
Domicilio _____ # de SS del Cliente _____
Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ # de ident. de AHCCCS _____
Teléfono _____ E-Mail _____ Plan de Salud AHCCCS _____
Genero: Masculino Femenino Idioma Primario / preferido _____

Necesidades especiales:

Intérprete No Sí, especifique el idioma _____
Asistencia con la Movilidad No Sí, identifique la asistencia necesaria _____
Asistencia por Problemas Visuales No Sí, identifique la asistencia necesaria _____
Asistencia por Problemas de Audición No Sí, identifique la asistencia necesaria _____
Necesita Arreglos de Cuidado/Guardería No Sí, identifique la necesidad _____

Debido a daños cognitivos requiere asistencia especial para participar en el proceso de evaluación/planeación de servicios.

No Sí

Contactos Claves:

PCP/Médico: _____ Teléfono _____ Fax _____

PCP/ Domicilio del Médico: _____

Tutor: _____ Teléfono _____

Custodia: Exclusiva Compartida Tutela Judicial (A cargo de DES) _____

Padre(s)/Padrastró(s) _____ Teléfono _____

_____ Teléfono _____

_____ Teléfono _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono _____

Domicilio _____

Otros Contactos Claves (Ej. escuela, oficial de libertad condicional /bajo palabra, otras agencias involucradas (CPS, DDD), vecinos, abuelos):

Nombre y Relación con la Persona _____

Teléfono _____ Fax _____

Nombre y Relación con la Persona _____

Teléfono _____ Fax _____

Nombre y Relación con la Persona _____

Teléfono _____ Fax _____

Nombre y Relación con la Persona _____

Teléfono _____ Fax _____

Cobertura de Seguro: Medicare Privado (pagado por el interesado) TriCare Blue Cross HMO Otro Ninguno

Cía. de Seguros _____ # de ident. del seguro: _____ No. de Póliza: _____

(Adjunte una copia de la tarjeta de seguro)

Individuo que llenó la Forma y Título: _____ Fecha _____

EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL Y HOJA DE COMPROBACIÓN DEL PLAN DE SERVICIOS ADHS-DBHS

Nombre _____ Fecha de Nac. _____ # de Ident. CIS del Cliente _____
 Miembro de la Familia que lo Acompaña / pareja (anote la relación con la persona): _____

Parte A: Cuestionario de Salud Mental e Historial Médico (lo puede llenar la persona / familia antes de la primera entrevista) **Páginas 2 - 5**

- Llenado por la persona antes de la primera entrevista
- Llenado por el asesor durante la entrevista

Parte B: Evaluación básica (se debe llenar en ésta primera entrevista)

Páginas 6 - 16

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentación de opiniones/quejas ▪ Salud Mental / Historial Médico ▪ Justicia Criminal ▪ Problemas Relacionados con Sustancias ▪ Abuso / riesgo de Conducta Sexual | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación de Riesgo ▪ Examen del Estado Mental ▪ Formulación Clínica y Diagnósis ▪ Pasos Siguietes / Plan de Servicio Provisional |
|--|---|

Parte C: Addenda (se puede llenar en la siguiente cita)

Páginas 17 - 27

Indique abajo, cuál addenda usted como el asesor ha llenado por la persona durante esta entrevista

Sí	Para Hacerse Después	No es Aplicable	Nombre de la Addenda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	Ambiente de Vida (Para todas las personas)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	Familia / Participación Comunitaria (Para todas las personas)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	Educativo / Entrenamiento Vocacional (Para todas las personas)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empleo (Para personas de 16 años o mayores y otras si es pertinente)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evaluación para personas con problemas relacionados con juegos o apuestas (Para personas de 16 y mayores)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Historia del Desarrollo (Para todos los niños o para adultos con discapacidades del desarrollo)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Justicia Criminal (Para personas con implicaciones legales)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico de Enfermedad Mental Grave (Para personas que requieren diagnóstico SMI o tienen un diagnóstico SMI calificado y puntaje GAF 50 o más bajo)
<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	Servicios de Protección Infantil (se usa para respuesta urgente por 24 horas para niños recogidos por Servicios de Protección Infantil)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evaluación especial de riesgo de suicidio (Para todas las personas en situaciones de crisis)

Parte D: Plan de Servicio Salud Mental (se puede llenar en la cita siguiente)

Páginas 28 - 29

- Se llena en la primera entrevista
- Se llenará después

Parte E: Actualización Anual de Salud Mental y Revisión del Resumen

Páginas 30 - 31

Nombre del Asesor (impreso) / Firma

Referencias/Puesto

Fecha

Nombre del Profesional de Salud Mental a cargo (impreso) / Firma

Referencias/Puesto

Fecha

Agencia

PARTE A: CUESTIONARIO DE MENTAL SALUD E HISTORIAL MÉDICO

Nombre _____ Fecha de Nac. _____ # de ident. CIS del Cliente _____
 (Para que lo llene al proveedor)

Miembro de la Familia que lo acompaña / pareja (anote la relación con la persona): _____

1. ¿Está tomando actualmente algún **medicamento** (recetado, vitaminas sin receta, remedios homeopáticos o naturales, tradicionales o remedios de medicina alternativa, hierbas)? No, vaya a la pregunta 2.
 Sí, conteste a las preguntas 1(a) - 1(e) de abajo.

1(a) Identifique abajo los medicamentos que está tomando actualmente por cuestiones de salud médica o mental y la razón para tomar los medicamentos:

Nombre del Medicamento	Razón para tomar el Medicamento
Nombre del Medicamento	Razón para Tomar el Medicamento
Nombre del Medicamento	Razón para Tomar el Medicamento
Nombre del Medicamento	Razón para Tomar el Medicamento
Nombre del Medicamento	Razón para Tomar el Medicamento

1(b) ¿Alguno de sus medicamentos se cambió el mes pasado? No Sí, anote los medicamentos que se cambiaron y explique por qué fueron cambiados. _____

1(c) ¿Cuánto le va a durar el suplemento actual de medicamentos? (¿Qué tan urgente es su necesidad de obtener medicamentos?) _____

1(d) Describa cualquier efecto secundario de algún medicamento que esté tomando actualmente y que encuentre molesto.

1(e) ¿Tiene algún movimiento muscular anormal/inusual? No Sí, ¿Cómo se lo está tratando? _____

2. ¿Es usted **alérgico** a algún medicamento? No Sí, ¿Cuáles? _____

3. ¿Tiene usted alguna otra **alergia**? No Sí, descríbala. _____

4. ¿Cuándo fue la última vez que vio a su **médico de cuidado primario /dentista** y cuál fue la razón de su visita? _____

5. ¿Tiene historial de **heridas en la cabeza** con concusión o pérdida de la conciencia? No Sí, descríbalos. _____

6. ¿Está usted **embarazada**? No Sí No estoy segura

PARTE A: CUESTIONARIO DE MENTAL SALUD E HISTORIAL MÉDICO

Nombre: _____

7. ¿Hay algún **problema médico** por el que esté recibiendo tratamiento médico?

No, vaya a la pregunta 8.

Si responde que Sí, vaya a la 7(a) y 7(b) abajo.

7(a) Describa abajo cuáles son los problemas médicos que tiene actualmente y qué tipo de tratamiento está recibiendo.

Problema médico	Tipo de Tratamiento que está Recibiendo
-----------------	---

Problema médico	Tipo de Tratamiento que está Recibiendo
-----------------	---

Problema médico	Tipo de Tratamiento que está Recibiendo
-----------------	---

7(b) ¿El (los) problema(s) médico(s) actual(es) le crea(n) problemas en su vida diaria, incluyendo dolor? No Sí, si es sí explique. _____

8. ¿Ha sentido recientemente alguno de los siguientes?

Oídos/Nariz/Garganta:

Boca muy seca No Sí, cuándo _____

Infecciones del oído No Sí, cuándo _____

Garganta irritada persistente No Sí, cuándo _____

Sistema Respiratorio:

Infecciones respiratorias No Sí, cuándo _____

Tos persistente No Sí, cuándo _____

Falta de respiración No Sí, cuándo _____

Cardiovascular:

Dolor en el pecho No Sí, cuándo _____

Hinchazón en piernas, tobillos, pies No Sí, dónde _____

Gastrointestinal:

Náusea / vómito persistente No Sí, cuándo _____

Vómito provocado No Sí, cuándo _____

Frecuente o prolongada diarrea /estreñimiento No Sí, cuándo _____

Uso excesivo de laxantes No Sí, cuándo _____

Pérdida / aumento de peso No Sí, cuándo _____

Sangre en la deposición No Sí, cuándo _____

Dolor abdominal No Sí, cuándo _____

Genitourinario:

Molestia al orinar No Sí, cuándo _____

Orinar frecuentemente No Sí, cuándo _____

Sangre en la orina No Sí, cuándo _____

Músculo/esqueleto:

Dolor en las coyunturas No Sí, cuándo _____

Dolor de espalda No Sí, cuándo _____

Neurológico:

Movimiento facial o del músculo No Sí, cuándo _____

PARTE A: CUESTIONARIO DE MENTAL SALUD E HISTORIAL MÉDICO

Nombre: _____

- Convulsiones No Sí, cuándo _____
- Desmayo No Sí, cuándo _____
- Mareo No Sí, cuándo _____
- Dolores de cabeza No Sí, cuándo _____

Enfermedades infecciosas:

Enfermedades sexualmente transmitidas No Sí, cuándo _____ qué _____

Otros:

- Defecación inapropiada (Evacuación) No Sí, cuándo _____
- Orinar/Mojar la cama involuntariamente No Sí, cuándo _____
- Piel seca No Sí, cuándo _____
- Pérdida del cabello No Sí, cuándo _____
- Sudores o escalofríos inusuales No Sí, cuándo _____
- Cirugías No Sí, cuándo _____ qué _____
- Problemas para dormir No Sí indique si duerme más o menos _____
- Otros problemas que no aparecen en la lista (señales y síntomas) _____

9. ¿Usa **tabaco**? No Sí, ¿Cuántos por día? _____ ¿Por cuánto tiempo ha usado tabaco? _____ (años / meses)

10. ¿Consume **cafeína**? No Sí, ¿Cuántas tazas / latas toma por día? _____

11. ¿En total, cuánto **líquido** toma?, Ej. ¿Cuántas tazas / latas de líquidos toma en total por día? _____

12. ¿Alguna vez **ha recibido servicios externos** (en la oficina), estado **hospitalizado** o recibido servicios en una **instalación residencial por preocupaciones de salud mental**? No, vaya a la pregunta 13. Sí, conteste a las preguntas 12(a) – 12(c).

12(a) Describa abajo el tipo de tratamiento que recibió para tratar sus preocupaciones de salud mental y cuándo recibió este tratamiento.

Tipo de Tratamiento	Cuándo y Donde se recibió
Tipo de Tratamiento	Cuándo y Donde se recibió
Tipo de Tratamiento	Cuándo y Donde se recibió
Tipo de Tratamiento	Cuándo y Donde se recibió

12(b) ¿Qué tratamiento / servicios actual o anterior, incluyendo medicamentos, cree que ha sido el más útil para tratar sus síntomas de salud mental? Explique _____

12(c) ¿Qué tratamiento / servicios actual o anterior, incluyendo medicamentos, cree que ha sido el menos útil para tratar sus síntomas de salud mental? Explique _____

13. Describa **asuntos** actuales o pasados **de salud mental** (incluyendo abuso de sustancias) en su **familia**. (Para propósitos de esta pregunta sobre la familia puede incluir familia de nacimiento, familia adoptiva, familia adoptiva temporal y / o familia con la que la persona está viviendo o ha vivido.)

PARTE A: CUESTIONARIO DE MENTAL SALUD E HISTORIAL MÉDICO

Nombre: _____

Si a la persona que busca servicios de salud mental se le ayudó a llenar este cuestionario, por favor proporcione el nombre y el número telefónico del individuo que le ayudó.

Nombre (impreso, por favor) _____ Fecha _____ Teléfono _____

PARTE B: EVALUACIÓN BÁSICA

PRESENTACION DE INQUIETUDES

1. ¿Qué tipo de ayuda está buscando hoy?

2. ¿Por cuánto tiempo han sido causa de preocupación estos asuntos? ¿Qué tan seguido le han preocupado? _____

3. ¿Cómo le afectan estas preocupaciones en su vida diaria? ¿Cómo han impactado a su familia / persona importante en su vida? _____

4. ¿Qué se ha hecho hasta el momento para tratar estas preocupaciones? ¿Qué le ayuda? ¿Qué lo empeora? _____

5. ¿Cómo sabrá si están mejor/mejorando las cosas? _____

6. ¿Qué tipo de recursos o apoyos tiene disponibles para ayudar a manejar estas preocupaciones? _____

7. ¿Qué tipo de asistencia cree o creen los demás que necesita? (si son los demás, especifique quién y cuál es su relación.) _____

8. ¿Describa sus preferencias sobre los servicios de salud mental en relación con su cultura, fe, creencias espirituales, o cualquier otro factor (Ej. preferencia sexual acerca del proveedor, utilización de medicina alternativa o curandero tradicional, orientación sexual)? _____

SALUD MENTAL E HISTORIAL MÉDICO

El Cuestionario de Salud Mental e Historial Médico lo debe revisar el asesor con la persona /familia o llenado si no lo completó con anticipación la persona / familia.

JUSTICIA CRIMINAL

1. ¿Está actualmente o ha estado involucrado en el sistema legal (Ej: libertad condicional, libertad bajo palabra, cárcel, cargos pendientes, tratamiento ordenado por la corte)? No Sí, si es sí, explique. _____

Si la respuesta es sí, la Addenda de la Justicia Criminal se debe llenar pero esto puede ocurrir en la siguiente cita.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS SUSTANCIAS

A. Evaluación Preliminar sobre uso de Sustancias

1. Con base en la revisión de los documentos disponibles, el asesor debe responder lo siguiente:

- a. ¿Indica la fuente de información que la persona tiene un problema con las sustancias? No Sí
- b. ¿Indica el historial médico de la persona afecciones médicas anteriores, hospitalización o tratamiento en la sala de emergencia por un caso médico relacionado con el abuso de sustancias (incluye desintoxicación en los 2 años anteriores)? No Sí
- c. ¿El historial de medicamentos sugiere que la persona está usando medicinas recetadas en combinaciones o dosis inapropiadas? No Sí
- d. ¿Indica el historial de salud mental de la persona un episodio de tratamiento relacionado con sustancias en los pasados 2 años? No Sí

2. Si ninguna de las respuestas de arriba es sí, dependiendo de la situación pregunte:

- a. ¿Tiene o ha tenido alguna vez un problema con alcohol o drogas? No Sí
- b. ¿Su cónyuge / pareja o miembro de la familia está preocupado por su uso del alcohol o drogas? No Sí
- c. ¿Si un padre / tutor / cónyuge / pareja está presente pregunte:
 - c (i) ¿Cree que la persona (y / o sus amigos en el caso de un hijo) está usando alcohol o drogas? No Sí
 - c (ii) ¿Ha estado en problemas la persona (y / o sus amigos en el caso de un hijo) debido a este uso? No Sí

SOLO complete las Secciones B y C de abajo, si la respuesta a cualquiera de las preguntas de la Sección A es sí.

B. Uso de Sustancias Pasado y Actual

1. ¿Cuáles son sus hábitos al beber? (Ej: ¿Cuánto, qué tan seguido y qué toma? ¿Toma más de lo que pensaba tomar o se siente preocupado por querer tomar? ¿Ha descuidado alguna de sus responsabilidades normales por tomar? ¿Ha sentido que ha querido o necesitado tomar menos o ha tratado de parar pero no puede? ¿Ha abandonado o reducido actividades importantes para tomar?)

2. ¿Alguna vez ha tomado alguna droga que no sea alcohol para drogarse, dormir mejor, sentirse mejor o perder peso? (Ej: ¿Cuánto, qué tan seguido, cómo las usa y cuáles son las razones para usarlas? ¿Alguna vez ha utilizado más de lo que quería o se sintió preocupado por comprar o usar drogas? ¿Ha descuidado alguna de sus responsabilidades normales para usarlas? ¿Ha sentido que ha querido o necesitado reducir el consumo o ha tratado de parar pero no puede? ¿Ha abandonado o reducido actividades importantes para comprar o usar drogas?)

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS SUSTANCIAS
(Continuación)

3. Complete la tabla de abajo para cada sustancia que la persona ha usado en los pasados 12 meses. Sin embargo, en la columna de la derecha indique (P) primario o secundario (S) por el uso actual de la sustancia (Ej: usadas en los últimos 30 días o 30 días antes de ser colocado en un ambiente controlado).

USO DE SUSTANCIAS (CIRCULE SI LA HA USADO EN LOS PASADOS 12 MESES)	Frec. (código de uso abajo)	Vía (código de uso abajo)	Edad a la que empezó a usarlos	Cuándo los usó la última vez	Uso Actual (pasados 30 días) Primario (P) o Secundario (S)
(0201) Alcohol					
(0401) Marihuana					
Estimulantes (1001) Metanfetamina (0302) Cocaína /crack (1201) Otra (Ej: Ritalín, anfetamina)					
Opios / narcóticos (0501) Heroína (0706) Otra (Ej: codeína, hidrocodona, oxicodona, Oxycontin, propoxifeno o metadona sin receta)					
Antidepresivos (1308) Benzodiazepina (Ej: Valium, Klonopin, Ativan, Xanax, Halcion) (1605) Otros sedantes, tranquilizantes hipnóticos (Ej: Soma, Benadryl, barbitúricos)					
(0902) Alucinógenos: LSD, PCP, MDMA, hongos, éxtasis, ketamina, psilocibina, etc.					
(1703) Inhalantes: pegamento, pintura, gasolina, otros solventes / aerosoles, etc.					
(2002) Otras Drogas: analgésicos sin-narcótico, GHB, otra no clasificada y otros medicamentos recetados que se usan en exceso [Ej: Prozac, Haldol, Rorbitussum]. Especifique el tipo: _____					

Códigos para la Tabla de Arriba:

Frecuencia de Uso / Abuso

Vía de Administración

- 1 No lo usó en los previos 30 días
- 2 1-3 veces en los previos 30 días
- 3 1-2 veces por semana
- 4 3-6 veces por semana
- 5 Diario / varias veces al día

- 1 Oral
- 2 Fumado
- 3 Inhalado
- 4 Inyectado
- 5 Otro (especifique en la tabla)

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS SUSTANCIAS
(Continuación)

C. Recaída y Ambiente de Recuperación

1. Uso Constante/ Recaída Potencial

1(a) Evalúe y describa el nivel de estructura, supervisión, seguridad y medicamentos que necesita la persona para evitar / limitar el uso constante de sustancias o el caso de una recaída (Ej: ¿Tomará alcohol / usará drogas cuando salga hoy de aquí? ¿Alguna vez se abstuvo por sí solo? ¿Cuándo ocurrió? ¿Cómo lo hizo?) _____

1(b) Con base en esta evaluación, indique abajo cual afirmación describe mejor a la persona:

- Se puede abstener independientemente**
- Necesita de Ánimo:** La persona necesita ánimo para no usarlas; tiene un manejo de sí mismo y habilidades para lidiar con las recaídas aceptables.
- Necesita de Supervisión:** Incapaz de reconocer o entender los problemas de una recaída, pero capaz de manejarlo por sí mismo con un poco de soporte..
- Necesita de Estructura / Supervisión:** Poco reconocimiento o comprensión de los asuntos de recaída; sin / o con pocas habilidades para enfrentar o interrumpir los problemas de adicción o evitar / limitar las recaídas; no es un peligro inminente.
- Riesgo de Seguridad:** La persona no puede prevenir una recaída; el uso continuo coloca a la persona o a los demás en un peligro inminente.

2. Ambiente de Recuperación

2(a) Evalúe y describa el nivel de apoyo para la recuperación en la casa de la persona, comunidad y entorno inmediato, y el nivel de servicios y apoyo necesario para que la persona haga frente a un ambiente negativo (Ej: ¿Cómo sobrelleva su ambiente la persona actualmente? ¿Son efectivas estas estrategias? ¿La persona desea adquirir habilidades más efectivas? ¿Necesita la persona un ambiente alternativo?) _____

2(b) Con base en esta evaluación, indique abajo cuál afirmación describe mejor a la persona:

- El ambiente ayuda a la recuperación.
- El ambiente contiene detonadores que exponen a la persona al uso continuo (trabajo, amigos, escuela, vecindario); capaz de enfrentarlo la mayor parte del tiempo.
- La persona vive en un ambiente sin apoyo; difícil / incapaz de enfrentarlo aún con apoyo clínico.
- La persona vive en un ambiente que entorpecería la recuperación (refugio, entorno residencial no terapéutico, sin hogar).
- La persona vive con usuarios activos o en una situación abusiva.

Las respuestas en esta sección combinadas con la información de otras áreas de la evaluación básicas deben ser usadas para hacer un diagnóstico diferencial cuando se llene la Formulación Clínica y la Sección de Diagnóstico.

ABUSO / CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO

1. ¿Se siente seguro en su situación actual de vida? ¿Fuera de su hogar? Sí No, si no, explique brevemente. _____

2. ¿Está actualmente o ha sido herido, lastimado, tocado de manera inapropiada o alguien ha abusado de usted de alguna forma? (Considere cualquier abuso físico, sexual o emocional). No Sí, es sí, explique incluyendo las veces que ocurrió el abuso, qué medidas se tomaron (Ej.: si se avisó a las autoridades y que pasos se tomaron). _____

ABUSO / CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO
(Continuación)

3. ¿Está alguno de su casa / familia actualmente siendo o alguna vez ha sido lastimado, abusado, descuidado o tratado injustamente? (Considere cualquier abuso físico, sexual de emocional). No Sí, si es sí explique (incluyendo participación en algún Servicio de Protección Infantil (CPS) o Servicios de de Protección para Adultos). _____

4. ¿Se involucra en conductas sexuales que le preocupan o que han causado preocupaciones en su familia o comunidad (actos sexuales, tocar de manera inapropiada, exhibiciones)? No Sí, si es sí, explique. _____

SÓLO conteste las preguntas de abajo, si la respuesta es no a la pregunta 1 o sí a las preguntas 2, 3 o 4.

5. ¿Cómo cree que le afectan ahora los asuntos que se mencionan arriba? _____

6. ¿Usted cree que cualquiera de los asuntos que indicó arriba debería ser el centro de atención de su tratamiento actualmente? No Sí, si es sí, explique. _____

7. Con base en las respuestas de la persona, ¿El asesor cree que hay un riesgo inmediato de seguridad para la persona u otros en la casa o miembros de la comunidad? No Sí, si es sí, explique. _____

Deber Reportar: Si usted como asesor cree que la persona es víctima de abuso, abandono o explotación, quizá tenga una obligación bajo A.R.S. 13-3620 ó 46-454 de hacer un reporte a un oficial de paz o a los servicios de protección para niño / adulto. Si el derecho de reportar se justifica explique la acción que se debe tomar. _____

EVALUACIÓN DE RIESGO

1. ¿Alguna vez ha pensado en lastimarse usted mismo o alguien más? No Sí, si es sí, ¿Tenía un plan y cuándo fue la última vez que pensó en hacerse daño a sí mismo o a alguien más? _____

2. ¿Alguna vez ha se lastimado / herido usted mismo o a alguien más intencionalmente? No Sí, es sí, ¿Tenía un plan y cuándo fue la última vez que se lastimó a sí mismo o a alguien más? _____

SÓLO complete el resto de las preguntas de evaluación del riesgo, si la respuesta a la pregunta 1 ó 2 es sí (tome en cuenta: llene la respuesta 3 si el riesgo es daño a sí mismo y/o la pregunta 4 si el riesgo es de daño a otros).

3. Riesgo de daño a sí mismo

3(a) Indique cuál de los siguientes factores de riesgo de suicidio (daño a sí mismo) se aplica a la persona:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| Intento anterior de suicidio | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Claves mentales (Ej: aislamiento, impulsividad, retraído, enojado, agitado) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Intentos repetidos; aumentando severidad | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Síntomas de psicosis (especialmente dominado por alucinaciones) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Plan establecido con un propósito | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Historial familiar de suicidio | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Acceso a medios (Ej: arma) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Historial de suicidios en amistades | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Uso de sustancias (actual / pasado) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Enfermedades físicas terminales | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Otra conducta de abuso a sí mismo | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Factor estresante actual | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Recientes pérdidas / falta de apoyo | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | | |

EVALUACIÓN DE RIESGO
(Continuación)

3(b) Proporcione una explicación más detallada de cualquiera de los factores de riesgo que se aplique _____

4. Riesgo de Daño a los Demás

4(a) Indique cuál de los siguientes factores de riesgo de homicidio que se apliquen a la persona:

- | | | | |
|---|---|-------------------------------------|---|
| Actos de violencia anteriores | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Uso de sustancias (actual / pasado) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Provocación de incendios | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Síntomas de psicosis (especialmente | |
| Mal humor / agitación | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | dominado por alucinaciones) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Arrestos por violencia | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Abusado físicamente de niño | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Hospitalizaciones anteriores por peligrosidad | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Factor estresante actual | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Acceso a medios (Ej: arma) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | | |

4(b) Proporcione una explicación más detallada para cualquiera de los factores de riesgo de arriba que apliquen _____

5. ¿Demuestra la persona síntomas que indican un riesgo para DT, retraimiento, ataques, sobredosis o uso de tóxicos que puedan requerir intervenciones inmediatas? No Sí, si es sí explique _____

6. En términos de otros factores de riesgo posibles, la persona se ve:

- Desnutrida No Sí, si es sí explique _____
- Deshidratada No Sí, si es sí explique _____
- Sucia / con mal olor No Sí, si es sí explique _____
- En riesgo de exposición a los elementos No Sí, si es sí explique _____

7. Considerando las respuestas a los factores de riesgo de arriba en combinación con el resto de la información que tiene sobre la persona (Ej: sexo, edad, diagnóstico, factores de balance– resistencia y apoyos), Calificaría el nivel de riesgo de esta persona como:
 Bajo Riesgo Riesgo Moderado Alto Riesgo Por favor explique su clasificación. _____

Deber de Proteger / Deber de advertir (Tarasoff y A.R.S. 36-517.02). Esto se aplica cuando un profesional confronta con una persona que hace una amenaza creíble en contra de otra persona identificada. Cuando esto ocurre, el profesional debe tomar pasos razonables para prevenir daño en conformidad con A.R.S. 36-517.02. Es un deber proteger / deber de advertir que se justifica en éste caso, explique la medida que se debe tomar y los factores que afectan la decisión. _____

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Aunque las pistas se proporcionan abajo, el asesor debe asegurarse de describir sus observaciones e impresiones de la persona para cada pregunta de abajo.

1. Describa la **interacción de la persona** con usted y los demás asistentes; incluyendo las observaciones generales sobre la apariencia de la persona, conducta e interacción social: _____

2. **Actividad Motriz** (Ej: ordenada, calmada, agitada, impaciente, hipo activa, “tics” nerviosos, peculiaridades, temblores, convulsiones, ataxia, acatisia): _____

Nombre: _____

**EXAMEN DEL ESTADO MENTAL
(Continuación)**

3. **Humor** (*estado emocional sostenido*, Ej: relajado, contento, ansioso, enojado, deprimido, desesperado, optimista, apático, eufórico, normal, gozoso, irritable, temeroso, atontado):

4. **Afecto** (*Expresión aparente del estado actual de los sentimientos de la persona*, Ej: variedad, apropiado para el contenido del pensamiento, inapropiado para el contenido del pensamiento, voluble, bobo, directo):

5. **Concepto de sí mismo** (Ej: seguro de sí mismo, realista, baja autoestima, autoestima exagerada):

6. **Habla** (Ej: mudo, conversador, articulado, normalmente receptivo, rápido, lento, problemático, tartamudo, con voz fuerte, susurrante, habla entre dientes, espontáneo, forzado, afásico, repetitivo):

7. **Proceso de Pensamiento** (Ej: lógico, relevante, coherente, dirigido a una meta, ilógico, incoherente, circunstancial, divagante, presionado, vuelo de ideas, asociaciones sueltas, tangencial, extremadamente desorganizado, bloqueado, neologismo, estruendoso, confuso, perplejo, crea eventos ficticios):

8. **Contenido del Pensamiento** (Ej: optimista, grandiosa, delusiones, preocupaciones, alucinaciones, ideas de referencias, obsesiones / compulsiones, fobias, pobreza de contenido, ideas suicidas u homicidas, prejuicios / parcialidad, hipocondríaco, depresivo):

9. Funciones Intelectuales:

9(a) **Sensorial** (Ej: orientación – persona, lugar, tiempo, situación):

9(b) **Memoria** (Ej: reciente, remota, retención y memoria (memoria de 3 objetos, memoria: inmediata / 5 minutos; memoria medida por números):

9(c) **Capacidad Intelectual** (Ej: general información (eventos actuales, hechos geográficos, presidentes actuales / pasados), cálculos (series de 3 o 7), abstracción y comprensión (comparación y diferencias, interpretaciones de proverbios)):

9(d) **Inteligencia estimada** (Ej: bajo el promedio, promedio, arriba del promedio, no se puede determinar):

10. **Juicio y Control de Impulso** (Ej: bueno, parcial, limitado, malo, ninguno):

11. **Comprensión** (Ej: buena, regular, mala, ninguna):

FORMULACIÓN CLÍNICA Y DIAGNOSTICOS

A. Formulación Clínica / Resumen del Caso: El asesor debe asegurar este párrafo conciso:

- Proporciona una imagen descriptiva de la persona a través del resumen de los datos pertinentes para el historial de salud médico / mental y los resultados del estatus mental de la persona.
- Resume como factores biológicos-psicológicos-sociales, ambientales, culturales, personalidad y familia y funcionamiento mental / social especial han influenciado el historial de la persona y su estado actual.
- Identifica las fortalezas y las necesidades de la persona y su familia.

Nombre: _____

FORMULACION CLINICA Y DIAGNOSTICO (Continuación)

3. Eje III (continúa)

- G. **Enfermedades del Sistema Respiratorio** (460-519): asma, enfermedad obstructiva crónica del pulmón, enfisema
- H. **Enfermedades del Sistema Digestivo** (520-579): enfermedades del estómago, úlceras, reflujo del esófago (GERD) Mal de Crohn, colitis, estreñimiento, hemorroides, enfermedades del hígado, enfermedades del páncreas
- I. **Enfermedades del Sistema Genitourinario** (580-629): incontinencia urinaria, problemas con la vejiga, problemas menstruales, con los ovarios, problemas cervicales o uterinos, problemas con la próstata, enfermedades del riñón (renal)
- J. **Complicaciones del Embarazo, Parto y el Puerperio** (630-676): enfermedades perinatales
- K. **Enfermedades de la Piel y el Tejido Subcutáneo** (680-709)
- L. **Enfermedades del Sistema Músculo-esquelético y Tejido Conjuntivo** (710-739): problemas ortopédicos, fracturas / dislocaciones / deformidades
- M. **Anomalías Congénitas** (740-759): problemas genéticos, deformidades de nacimiento
- N. **Ciertas Condiciones Originadas en el Periodo Perinatal** (760-779): falta de desarrollo, cólicos, problemas de alimentación
- O. **Síntomas, Señales y una condición pobremente definida** - (780-799)
- P. **Heridas y Envenenamientos** (800-999): heridas traumáticas, ingestión de sustancias venenosas / tóxicas

4. Eje IV – Factores estresantes Psicosociales o Ambientales

Problemas con /relacionados con:

- Grupo de Apoyo Primario
- Problemas Educativos
- Problemas Matrimoniales
- Problemas de Vivienda
- Problemas Ocupacionales
- Acceso a Servicios de Cuidado de Salud
- Problemas Familiares
- Interacción con el Sistema Legal
- Uso de Sustancias en el Hogar
- Other _____

Pérdidas Significativas recientes:

- Muerte
- Herida
- Médica / quirúrgica
- Trabajo
- Divorcio / separación
- Accidente / herida
- Hijo removido del hogar
- Actos Violentos Contra la Persona / familia
- Otro _____

5. Eje V – Puntaje de Evaluación de Funcionamiento Global (CGAS /GAF) (puntaje específico no es nivel): _____**

Escala	Escala de Evaluación Global de los Niños (CGAS) Niños (4-16 años de edad)	Evaluación de Funcionamiento Global (GAF) (Todos los demás)
100-91	Funcionamiento superior	Funcionamiento superior
90-81	Buen funcionamiento en todas las áreas	Sin / o Síntomas Mínimos
80-71	No más de un daño ligero en el funcionamiento	daño ligero si los síntomas están presentes
70-61	Alguna dificultad en una sola área, pero generalmente funcionando muy bien	Síntomas leves
60-51	Funcionamiento variable con dificultades esporádicas o síntomas en varias pero no en todas las áreas social	Síntomas moderados
50-41	Grado moderado de interferencia en el funcionamiento en la mayoría de las áreas sociales o daño severo en el funcionamiento en una área	Problemas para enfrentarse con la realidad/ daño mayor en varias áreas
40-31	Daño mayor en funcionamiento en varias áreas e incapaz de funcionar en una de estas áreas	Algunos problemas para enfrentarse con la realidad / daño mayor en varias áreas
30-21	Incapaz de funcionar en casi todas las áreas	Delirios / alucinaciones / inhabilidad para funcionar en casi todas las áreas
20-11	Necesita supervisión considerable	Daño para sí mismo / otros / daño extremo en el funcionamiento / higiene
10-1	Necesita constante supervisión	Peligro persistente / problemas serios

****Si la persona tiene un puntaje GAF de 50 o más bajo y un diagnóstico SMI que lo califica, el asesor debe llenar la Determinación de Addenda SMI.**

Nombre: _____

PASOS SIGUIENTES / PLAN DE SERVICIO PROVISIONAL

1. Identifique personas específicas que puedan ser útiles y de apoyo y que se deban invitar a ser parte del Equipo continuo de la persona, incluyendo números de teléfono y medidas que se deben tomar: _____

2. Identifique cualquier documentación adicional (Ej: archivos médicos, IEP, reporte de libertad condicional), que necesita reunirse para ayudar en la evaluación continua y plan de servicios incluyendo a los individuos y / o agencias y las medidas que se deben tomar para obtener esta información: _____

3. Identifique quién es la persona y/o familia / tutor / pareja debe llamar si la persona necesita asistencia inmediata antes de la siguiente cita: _____

4. **Plan de Servicio Provisional.** Con base en los asuntos presentados por la persona, sus impresiones y la preferencia de la persona y su familia /tutor / pareja, describa en el Plan de Servicios Provisional en la siguiente página los siguientes pasos que se recomiendan (Ej: formación de un Equipo, respuesta a los riesgos y necesidades inmediatas de la persona, otra evaluación). Además, este Plan de Servicio Provisional debe incluir:

- Cualquier paso inmediato que debe tomar la persona y / o la familia / tutor / otra persona importante.
- Recomendación con el doctor de cuidado primario de la persona, si se han identificado *problemas físicos de salud*.
- Consideraciones adicionales para la respuesta urgente para los niños removidos por los Servicios de Protección Infantil (vea la caja sombreada abajo).

Los asesores también pueden agregar una declaración de su meta u objetivo, si es apropiado.

Para una respuesta urgente para **niños removidos por los Servicios de Protección Infantil**, el asesor debe incluir, como parte de los siguientes pasos recomendados / plan de servicio Provisional, la identificación de:

1. Las medidas necesarias que se tomarán inmediatamente para mitigar los efectos de la propia remoción;
2. Los apoyos y servicios que el encargado de cuidar al niño pueda necesitar para cumplir con las necesidades del niño; y
3. Un plan para asegurar que incluso los niños asintomáticos se reevalúen y se observen para que aparezcan las necesidades de salud mental dentro de por lo menos los siguientes 23 días (o más pronto si se indica).

El asesor también puede proporcionar cualquier opinión que tenga en relación con los tipos y cantidad / frecuencia de contacto (Ej. visitas, llamadas telefónicas, e-mail), que el niño debe tener con los padres, hermanos, parientes y otros individuos importantes para el niño.

Nombre: _____

PLAN DE SERVICIO PROVISIONAL

Descripción de los Sigüientes Pasos (Acción) que se Deben Tomar	Quién Será Responsable de Asegurar que la Medida Ocurra	Dónde Ocurrirá la Medida / Paso (Ej: proveedor)	Cuándo Ocurrirá la Medida/ Paso

Firma de la Persona / Tutor

Fecha

Nombre del Asesor (impreso) / Firma

Referencias / Puesto

Fecha

Nombre del Profesional de Salud Mental (impreso) / Firma

Referencias / Puesto

Fecha

Agencia

Aviso: El asesor debe asegurarse de proporcionar a la persona / tutor una copia del plan de servicios provisionales. El especialista del CPS, sin embargo, debe recibir una copia de la sección completa de los pasos sigüientes del plan de servicios provisionales.

PARTE C: ADDENDA ADICIONAL

AMBIENTE DE VIDA DIARIA

Si la addenda se llena en la siguiente cita, el asesor debe firmar _____ y fecha _____

1. Describa brevemente su ambiente de vida. ¿Dónde vive? ¿Le gusta? ¿Con quién vive? ¿Cómo pasa un día típico? (Ej: ¿Cómo transcurre su día? ¿Tiene actividades diarias específicas – cuáles son, cuáles disfruta? ¿Sabe cada día lo que va a hacer ese día? ¿Hace las cosas al mismo tiempo todos los días? ¿Está con otras personas durante el día? ¿Qué hace un buen día?) _____

2. ¿Ha habido un cambio significativo reciente en su ambiente de vida diaria / situación (Ej: remoción de la familia, divorcio, adopción, suspensión en la escuela, muerte en la familia, accidente de auto, pérdida del trabajo / ingresos)? No Sí Si es sí, ¿Cómo enfrentó este asunto? _____

3. Si es apropiado, pregunte: ¿Cuánto tiempo tiene en este país? ¿Cuáles son las diferencias en la vida de aquí? _____

Si lo indican los resultados del Examen del Estado Mental y / o respuestas a las preguntas de la Evaluación de Riesgo en la Evaluación Básica pregunte:

4. ¿Qué tan bien puede desempeñar las actividades de su vida diaria (Ej: bañarse, comer, vestirse, manejar de la casa, hacer tareas, quehaceres de la casa)? Explique cualquier dificultad, incluyendo el tipo de asistencia que necesita. _____

FAMILIA / PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Si la addenda se llena en la siguiente cita, el asesor debe firmar _____ y fecha _____

1. Describa las relaciones en las que está involucrado y que siente por esa gente (Ej: familia, amigos, personas importantes, persona del personal si está colocado fuera de la casa, relaciones comunitarias). En general, ¿Cómo se lleva con los demás? _____

2. ¿Con qué gente se siente más cómodo para confiar en ella? ¿Cree que estas personas le darán su apoyo y le ayudarán durante este tiempo? No Sí, ¿Quiénes son esas personas y cómo ayudan? (información de contacto es opcional) _____

FAMILIA / PARTICIPACIÓN COMUNITARIA (Continuación)

3. ¿Cuáles son las cosas que lo hacen sentir acerca de sí mismo y le ayudan a hacer su vida valiosa (incluyendo intereses, fortalezas, destrezas, talentos, habilidades, conocimientos / educación, amigos, familia, valores, religión / espiritualidad, su cultura / comunidad, trabajo, escuela, etc.)? _____

4. ¿Cuáles son sus fortalezas de acuerdo con los demás (incluyendo intereses, talentos, habilidades y destrezas, conocimientos / educación, amigos, familia, valores, religión / espiritualidad, su cultura / comunidad, trabajo, escuela, etc.)? _____

5. ¿Hay algo sobre usted, su familia o su cultura que nos ayude a entenderlo, y cómo le responde la gente? ¿Cómo influye su cultura en usted o la gente que le rodea? Por favor describa. _____

ENTRENAMIENTO EDUCATIVO / VOCACIONAL Si la addenda se llena en la siguiente cita, el asesor debe firmar _____ y fecha _____

1. ¿Está usted involucrado actualmente en un programa de entrenamiento educativo o vocacional? Sí No

1(a) Si la respuesta es sí, describa cómo le está yendo en la escuela /entrenamiento. (¿Le gusta? ¿Qué es lo que le gusta? ¿Participa en alguna actividad?)

1(b) Si la respuesta es no, ¿está interesado en involucrarse en un programa de entrenamiento educativo o vocacional? No Sí, si es sí por favor explique sus razones y describa sus intereses. _____

1(c) Si la respuesta es no y está en edad escolar, ¿Qué situaciones lo han llevado a dejar la escuela? _____

2. Describa cómo la escuela / entrenamiento impacta o ha impactado su vida (los aspectos tanto positivos como negativos). _____

3. ¿Cuál es o ha sido su experiencia anterior en la escuela/entrenamiento? _____

4. ¿Le han dicho alguna vez que tiene necesidades educativas especiales? No Sí, ¿Qué se ha hecho al respecto (pruebas, evaluación especial, clases especiales, desarrollo de un IEP/504, escuela alternativa, cambio de maestro)? _____

EMPLEO (Personas de 16 años o mayores u otros si es pertinente)	Si la addenda se llena en la siguiente cita, el asesor debe firmar _____ y fecha _____
--	---

1. ¿Está trabajando actualmente (tiempo completo, medio tiempo o es voluntario)? Sí No

1(a) Si la respuesta es sí, describa su trabajo actual, (Ej: tipo de trabajo, ambiente en el trabajo, tiempo en el empleo, actitud hacia el trabajo) y ¿cómo afecta su vida el trabajo (Ej: familia, tiempo libre, salud, relaciones)?

1(b) Si la respuesta es no, ¿Cuándo fue la última vez que trabajó (Ej: fecha) y que provocó el cambio (Ej: razones por las que dejó el trabajo)? ¿Está interesado en encontrar empleo (describa sus intereses)?

2. Describa su historial de trabajo. ¿Cómo se siente por esto? ¿Cómo ha impactado esto su vida? _____

3. Describa los puntos fuertes o barreras que han influenciado su habilidad para trabajar. _____

4. ¿Hay algunos apoyos o recursos que necesita para conseguir y / o mantener su trabajo actual? _____

EVALUACION DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL JUEGO (Personas de 16 años y mayores)	Si la addenda se llena en la siguiente cita, el asesor debe Firma: _____ Fecha: _____
--	--

1. ¿Alguna vez ha sentido la necesidad de apostar más y más dinero? Sí No

2. ¿Alguna vez has tenido que mentir a personas que son importante para usted de que tanto ha jugado en apuestas? Sí No

Si la respuesta a las preguntas 1 o 2 es si , y la persona no es elegible para los servicios del Título XIX/XXI, por favor refiera ésta persona a la línea gratuita de atención 1-877-921-4004 del “Arizona Office of Problem Gambling”, o si su agencia tiene un programa de servicios relacionados con problemas de juego, ofrezca esos servicios.

Si la adenda se llena en la siguiente cita, el asesor debe firmar
_____ y fecha _____

HISTORIAL DEL DESARROLLO
(Todos los niños y adultos con discapacidades del desarrollo)

1. Durante el embarazo la madre de esta persona:

- ¿Recibió cuidado de salud? No Sí, si es sí especifique: _____
- ¿Tomó alcohol? No Sí, si es sí especifique: _____
- ¿Usó tabaco? No Sí, si es sí especifique: _____
- ¿Usó alguna droga ilícita? No Sí, si es sí especifique: _____
- ¿Usó algún medicamento? No Sí, si es sí especifique: _____
- ¿Tuvo algún problema médico o emocional? No Sí, si es sí especifique: _____
- ¿Tuvo complicaciones durante el parto? No Sí, si es sí especifique: _____
- ¿Tuvo un parto prematuro? No Sí, si es sí especifique: _____

2. Orden de las Etapas del Desarrollo

(a) De 0-1 año de edad, la persona:

- ¿Se sentaba? Sí No, si no explique _____
- ¿Gateaba? Sí No, si no explique _____

(b) De 1-3 años de edad, la persona:

- ¿Caminaba sola? Sí No, si no explique _____
- ¿Dijo sus primeras palabras? Sí No, si no explique _____
- ¿Comía por sí misma con la cuchara? Sí No, si no explique _____

(c) De 3-5 años de edad, la persona:

- ¿Sabía ir al baño solo? Sí No, si no explique _____
- ¿Usaba sus primeras oraciones? Sí No, si no explique _____
- ¿Aprendió a pasear en triciclo? Sí No, si no explique _____

3. Otros Aspectos del Desarrollo: Indique abajo si la persona alguna vez ha experimentado lo siguiente:

- (a) No podía subir de peso No Sí, edad en que comenzó ____ y si lo resolvió cuándo _____
- (b) Mojaba la cama o ensuciaba su ropa No Sí, edad en que comenzó ____ y si lo resolvió cuándo _____
- (c) Tenía dificultades con la coordinación No Sí, edad en que comenzó ____ y si lo resolvió cuándo _____
- (d) Tenía dificultades con el habla No Sí, edad en que comenzó ____ y si lo resolvió cuándo _____
- (e) Tenía una sensibilidad inusual al tacto No Sí, edad en que comenzó ____ y si lo resolvió cuándo _____
- (f) Tenía dificultades con habilidades sociales No Sí, edad en que comenzó ____ y si lo resolvió cuándo _____
- (g) Fue evaluada porque tomaba demasiado tiempo para desarrollar ciertas habilidades (Ej: en la comunicación, lectura, ortografía)
 No Sí, si es sí especifique: _____
- (h) ¿Fue evaluado por retrasos en el habla y lenguaje? No Sí, si es sí especifique: _____

4. Por favor proporcione cualquier información adicional que pueda ser útil respecto de cualquier otro asunto o evento significativo que deba considerarse. _____

5. ¿Recibe o ha recibido la persona servicios de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) del Departamento de Seguridad Económica? No Sí, describa. (También asegúrese de indicar el nombre del trabajador y la información del contacto de la cubierta si están disponibles) _____

JUSTICIA CRIMINAL
(Personas con problemas legales)

Si la addenda se llena en la siguiente cita, el asesor debe firmar
 _____ y fecha _____

1. Historia Reciente Justicia Criminal

<u>1(a). Relación con la Justicia Criminal</u>	<u>Actual (últimos 30 días)</u>	<u>Pasados Seis Meses</u>
Asuntos Legales (Ej: cargos pendientes, fechas de corte)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Libertad condicional	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Libertad bajo palabra	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tratamiento Ordenado por la Corte	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Arrestos		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, si es sí ¿Cuántos? _____

1(b) Proporcione información adicional sobre cualquiera de las áreas marcadas arriba con un "sí". _____

2. ¿Tiene la persona un Oficial de Libertad Condicional/bajo palabra? No Sí, indique tipo y condiciones de la libertad condicional/bajo palabra:

Si es "sí" asegúrese de anotar el nombre y número teléfono del oficial en la primera página.

3. Describa cualquier otro delito significativo** por los cuales ha sido arrestado / acusado y / o adjudicado (incluyendo el tipo de delito, fecha del delito, medida legal tomada, resolución, situación actual) y que impacto han tenido estos eventos en su vida. _____

4. Como resultado de su relación con el sistema legal, ¿Ha habido aspectos positivos / beneficios que hayan resultado para usted o su familia? Si es así, por favor describa: _____

**Los delitos podrían incluir pero no estar limitados a alguno de los siguientes: alcohol / tabaco, incendio provocado, agresión / lesiones, robo de auto, Irrupción en propiedad para cometer robo, abuso infantil, daños criminales, crueldad con los animales, violación del toque de queda para menores, violencia doméstica, drogas (posesión, distribución), poner en peligro a terceros / armas, manejar bajo la influencia del alcohol, falsificación, fraude, homicidio involuntario / asesinato, violación de la libertad condicional/libertad bajo palabra, prostitución, asalto, asalto sexual / violación, robo en las tiendas, robo, invasión de propiedad privada, vagancia de menores fuera de la escuela.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL GRAVE (SMI)
(Personas que solicitan el diagnóstico SMI o tienen un diagnóstico SMI calificado diagnóstico y GAF con puntaje de 50 o más bajo)

I. Recomendación de Elegibilidad Preliminar de Diagnóstico SMI

Con base en mi evaluación de salud mental directa de esta persona, Yo _____
 Nombre del asesor (impreso)/firma Referencias / Puesto

Hago la siguiente recomendación preliminar de elegibilidad SMI.

1. Recomendación Preliminar de Diagnóstico SMI Calificado: *(Circule el principal diagnóstico(s) de la persona apoyado por la información disponible.)*

Trastornos sicóticos (295.10, 295.20, 295.30, 295.60, 295.70, 297.1, 295.90, 298.9); **Trastornos bipolares** (296.00, 296.01, 296.02, 296.03, 296.04, 296.05, 296.06, 296.40, 296.41, 296.42, 296.43, 296.44, 296.45, 296.46, 296.50, 296.51, 296.52, 296.53, 296.54, 296.55, 296.56, 296.60, 296.61, 296.62, 296.63, 296.64, 296.65, 296.66, 296.7, 296.80, 296.89); **Trastorno obsesivo-compulsivo** (300.3); **Depresión Severa** (296.20, 296.21, 296.22, 296.23, 296.24, 296.25, 296.26, 296.30, 296.31, 296.32, 296.33, 296.34, 296.35, 296.36); **Otros Trastornos del Temperamento** (296.90, 301.13, 311, 300.4); **Trastornos de ansiedad** (300.00, 300.01, 300.02, 300.14, 300.21, 300.22, 309.81); **Trastornos de la personalidad** (301.0, 301.20, 301.22, 301.4, 301.50, 301.6, 301.81, 301.82, 301.83, 301.9)

1(a) El diagnóstico(s) indicado arriba se propone(n) con base en las siguientes señales y síntomas del (los) trastorno(s) mental(es): (Proporcione ambas descripciones resultados positivos (confirmando) y negativos (“descartando”) los resultados de otros diagnósticos que se consideraron.) _____

1(b) Con base en la evaluación y otra información disponible, el puntaje GAF actual de la persona es _____

2. Recomendación Preliminar de Criterio Funcional: Como resultado del diagnóstico anterior, la persona muestra cualquiera de los puntos que aparecen abajo 2 (a), (b) y/o (c) la mayor parte de los 12 meses anteriores o la mayor parte de los seis meses anteriores con una duración continua esperada de por lo menos seis meses:

- 2(a) **Incapacidad para vivir de manera independiente o en familia sin supervisión (Cuidado a sí mismo / Necesidades Básicas)** – La capacidad de la persona de vivir independientemente o en el entorno de una familia, incluyendo la capacidad para proporcionar o hacer arreglos para cumplir con las necesidades tales como comida, ropa, alojamiento y cuidado médico.
 - Abandono o interrupción de la habilidad para atender sus necesidades básicas.
 - Necesita asistencia para cuidarse a sí mismo.
 - Incapaz de cuidarse a sí mismo de manera segura o higiénica.
 - Vivienda, comida y ropa, la deben proporcionar o ser buscada por otros.
 - Incapacidad de atender a la mayoría de necesidades básicas de higiene, arreglo personal, nutrición, medical y cuidado dental.
 - Negativa a buscar cuidado prenatal o médico / dental necesario para afecciones médicas o dentales serias.
 - Rechaza el tratamiento de enfermedades que amenazan su vida debido a trastornos de salud mental.

- 2(b) **Un serio riesgo de daño a sí mismo y a los demás (Social / Legal y / o Sentimiento / Afecto / Humor)** – El alcance y la facilidad con el que la persona puede mantener la conducta dentro de los límites prescritos por la ley, reglas y expectativas sociales, y / o hasta donde la vida emocional de la persona está bien modulada o fuera de control.
 - Interrupción seria para la familia y/o comunidad.
 - Dominante o inminentemente peligrosa para la seguridad física de los demás.
 - Se involucra regularmente en conducta agresiva.
 - Ha sido arrestada, encarcelada, hospitalizada o en riesgo de confinamiento debido a comportamiento peligroso.
 - Persistentemente descuido o abuso hacia las personas que están a cargo de su cuidado.
 - Severa interrupción de la vida diaria debido a los frecuentes pensamientos de muerte, suicidio, o daño a sí misma a menudo con propósito y/o plan mental.
 - Problemas afectivos que causan daño significativo a la educación de la persona, medios de vida, carrera o relaciones personales.

DIAGNÓSTICO SMI (Continuación)

- 2(c) **Disfunción en el Desempeño de su Papel** – Capacidad de la persona de desempeñar su papel principal y función actual en la sociedad --- escuela, trabajo, papel de padre u otras responsabilidades propias del desarrollo.
 - Problemas frecuentes o problemas en el trabajo o en la escuela.
 - Constantemente despedido del trabajo o suspendido / expulsado de la escuela.
 - Problemas graves en el desempeño de su papel.
 - Requiere de estructura o supervisión en el trabajo o escuela.
 - Desempeño significativamente por debajo de las expectativas del nivel cognitivo / del desarrollo.
 - Incapaz de trabajar, asistir a la escuela o cumplir con otras responsabilidades propias del desarrollo.

3. Riesgo de Deterioro

- La persona no cumple actualmente con alguno de los criterios del 2(a) hasta el 2(c) pero se espera que se deteriore a ese nivel sin tratamiento.
- Un diagnóstico calificado con un curso crónico probable de recaídas y transferencia.
- Patologías combinada (comorbilidad) (como retardo mental, dependencia de sustancias, trastornos de la personalidad, etc.).
- Factores persistentes o crónicos como aislamiento social, pobreza, factores estresantes crónicos extremos (médicas enfermedades que amenazan su vida o la debilitan, discriminatorios, etc.).
- Otros** (historial psiquiátrico; las mejoras en el funcionamiento no se han solidificado o son el resultado de un tratamiento actual solamente o; ordenado por la corte; el cuidado es complicado y requiere de varios proveedores; etc.).

Si cualquiera de las sentencias arriba enunciadas ha sido seleccionada, documente las razones: _____

4. El diagnóstico(s) indicado arriba se propone(n) con base en las siguiente información acerca de el funcionamiento de ésta persona: (Proporcione ambas descripciones, resultados positivos (confirmando) y negativos (“descartando”): los resultados del funcionamiento de esta persona consideraron) _____

Nombre del asesor (impreso) / Firma

Referencias / Puesto

Fecha

II. Diagnóstico Final de Elegibilidad SMI

- SMI** – Toda la información disponible apoya la conclusión de que la persona de arriba tiene un diagnóstico calificado (1) Y ya sea que reúne uno o más criterios funcionales (2) O está en riesgo de deterioro (3) y por lo tanto cumple con el criterio clínico de ADHS / DBHS para SMI.
- No SMI** – La persona de arriba no cumple con el criterio clínico de ADHS / DBHS para SMI.

Razones clínicas para el diagnóstico final: _____

Nombre del encargado de la revisión (impreso) / Firma

Referencias / Puesto

Fecha

SERVICIOS DE PROTECCIÓN INFANTIL

(Para una respuesta urgente a las 24 horas para niños separados por Servicios de Protección Infantil)

Las preguntas que contiene esta addenda tienen el propósito principal de que sean respondidas por el especialista del Servicio de Protección Infantil del caso del niño. Además de esta addenda, el asesor debe llenar la hoja de Salud Mental del Cliente, la Hoja de Información Demográfica del Cliente y las siguientes secciones en la Evaluación Básica: Evaluación de Riesgo, Examen del Estado Mental, Resumen del Diagnóstico y Los Pasos Sigüientes / Plan de servicio provisional. El resto de la Evaluación básica sólo se debe llenar si la condición del niño y/o circunstancias lo permiten. El asesor se debe asegurar que el nombre y número de teléfono del especialista de Servicios de Protección Infantil se escriba en la hoja principal.

1. ¿Cuáles son las razones para la remoción del niño del padre /tutor? ¿Hay otros hermanos en la familia y /o viven en la misma casa? ¿Los otros hermanos son víctimas de abuso y el CPS los removió? Explique. _____

2. ¿Ha tenido el niño relación con los Servicios de Protección Infantil? No Sí, si es sí explique. _____

3. ¿Cuál es la percepción del niño de sus padres, hermanos y / o familia? ¿Cuál es la percepción del niño de su relación con sus padres / hermanos / familia? ¿Cuáles son los sentimientos del niño, sentido de apego, confianza, seguridad, amor y afecto hacia sus padres / tutor? _____

4. ¿Estaba el niño o la familia recibiendo servicios de salud mental antes de la remoción de la casa del padre / tutor?

No Sí, si es sí explique. _____

Para las Preguntas del 5 al 9 el asesor debe marcar abajo las declaraciones que describan mejor al niño con base en las observaciones y discusión del asesor con el especialista en Servicios de Protección Infantil al tiempo de la entrevista.

5. Presentación General para niños de 0 a 3 años de edad

- Llorón
- Dependiente
- Difícil de calmar
- Retraído
- Berrinchudo
- Desconectado
- Se golpea en la cabeza

7. Comprensión del proceso de remoción:

- Confundido
- Se culpa a sí mismo
- Realista
- Distorsionado
- Apropiado para la edad
- No entiende
- No tiene edad apropiada para entender

6. Presentación general para niños de 4 años de edad o mayor:

- Apático, retraído
- Desinteresado
- Ansioso
- Temeroso
- Enojado
- Voluble
- Exigente
- Sorprendido
- Triste
- Oye Voces
- Suicida
- Violento, homicida

8. Sentido del Futuro

- Optimista
- Realista
- Optimismo poco realista
- Pesimista
- Seguro de sí mismo
- Planeando su propio destino
- Incapaz de percibir un futuro
- No tiene edad apropiada para entender

SERVICIOS DE PROTECCIÓN INFANTIL
(Continuación)

9. Entendimiento de las opciones de colocación

- Bueno
- Malo
- No tiene la edad apropiada para entender

10. ¿Describa la forma del niño de enfrentar la remoción (Ej: culpando a los demás, rechazo, desarrollando síntomas físicos, con un retroceso en la conducta, aceptando, etc.).

11. ¿Qué es lo que usted o el niño creen que ayudaría a tranquilizar al niño, a proporcionar consuelo inmediato o mitigar el trauma de la remoción? (Ej: comidas especiales, algún objeto especial que facilite la transición, visitas de los padres, mantenerlo en la misma escuela, contacto con amigos, asistencia a la iglesia.)

12. Describa cualquier requisito del plan de bienestar del niño que pueda afectar el plan de servicios de salud mental (Ej: participación limitada de los padres o hermanos.)

13. El asesor debe proporcionar un resumen de observaciones: _____

EVALUACION ESPECIAL DE RIESGO DE SUICIDIO
(Para todas las personas en situaciones de crisis)

La evaluación especial de riesgo de suicidio fue designada para usarse en situaciones de crisis, cuando no es factible terminar la evaluación inicial. En una emergencia, las necesidades clínicas inmediatas de la persona deben ser tratadas inicialmente. Para asegurar la seguridad de las personas, cualquier persona que muestre evidencia de depresión en humor, ansiedad, o abuso de sustancias, debe ser específicamente evaluado por riesgo de suicidio.

Nombre de la persona: _____ ID#: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 Dirección: _____ Fecha: _____
 Teléfono: _____ Tipo de contacto: Teléfono Ingreso en persona Hora: _____
 Ubicación de la persona (si es diferente de arriba): _____
 Genero: M F Primario/Lenguaje preferido: _____ Plan de Crisis? N S Fecha: _____

1. PRESENTACION DEL PROBLEMA O SOLICITUD DE ASISTENCIA:	
2. TRIAGE (Recepción, acogida y coordinación):	
a. ¿Es usted capaz de permanecer a salvo hasta haber completado esta evaluación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No b. ¿Esta usted en posesión de un arma o tiene usted fácil acceso a un arma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No c. ¿Ha sentido usted que quiere hacerse daño a si mismo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No O a alguien más? <input type="checkbox"/> si – Refiera a la evaluación inicial de riesgo por herir a otros <input type="checkbox"/> No d. ¿Se ha lastimado usted mismo o a alguien más? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<i>Nota: Si la persona contesta "Si" a la número 2(d) de arriba y el nivel de riesgo se ha determinado como severo hasta éste punto y un equipo móvil de respuesta de crisis ha sido enviado para continuar la evaluación, no es necesario completar lo que resta de esta forma...</i>	
3. IDEACIONES: (Describe cualquier pensamiento de muerte o de matarse detalladamente, usando las palabras propias de la persona. Incluyendo circunstancias que accionan pensamientos suicidas)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ninguno Bajo Medio Alto Severo (Ningún pensamiento ← → Pensamientos obsesivos)
Ideación es: Efímera <input type="checkbox"/> Periódica <input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Incrementando en : Severidad <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Frecuencia <input type="checkbox"/>	
4. PLAN: (¿Cómo la persona realizaría las ideaciones? Use detalles, en las palabras de la persona)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ninguno Bajo Medio Alto Severo (No es claro ← → Detallado & específico)
5. MEDIOS: (Instrumentos a usar; acceso a instrumentos. Utilice detalles, en las palabras de la persona.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ninguno Bajo Medio Alto Severo (Sin acceso ← → Acceso continuo)
6. PELIGROSIDAD: (Peligrosidad del plan. Utilice detalles, en las palabras de la persona)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ninguno Bajo Medio Alto Severo (Mínimo riesgo ← → Certeza de morir)
7. INTENTO: (Reporte los deseos e intentos de efectuar los pensamientos suicidas. Utilice detalles en las palabras de la persona.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ninguno Bajo Medio Alto Severo (No tiene deseo/negación ← → Deseo de completar el plan)
8. HISTORIA: (Suicidio y comportamiento auto destructivo, así mismo y la familia; numero de intentos: cuántos, cuándo, método, peligrosidad, rescates, etc. Comenzando con los pasados tres meses.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ninguno Bajo Medio Alto Severo (No tiene historia ← → múltiples actos peligrosos para la vida o tentativas severas)
¿Que ha evitado que la persona lleve a cabo los pensamientos suicidas en el pasado?	
9. USO/ABUSO DE SUSTANCIAS: (Historia el uso/abuso, acceso a sustancias, incluyendo abuso de sustancias en los miembros de la familia)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ninguno Bajo Medio Alto Severo (Ninguno ← → Alto uso/dependencia)
¿La persona está actualmente usando sustancias? Si la respuesta es si, liste la sustancia (s)	

PARTE D: PLAN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Nombre: _____ # de Ident. CIS Cliente _____ Programa: _____ Fecha de hoy: _____
 Personan que asisten a la reunión del Plan de Servicios: _____

META DE RECUPERACIÓN / VISIÓN DE LA PERSONA-FAMILIA:

FORTALEZAS DE LA PERSONA:

Fecha de revisión (Fijada para Cumplir con los Objetivos): _____

NECESIDADES IDENTIFICADAS Y OBJECTIVOS ESPECÍFICOS (para tratar estas necesidades)	Medida Actual	INTERVENCIONES para CUMPLIR OBJETIVOS		Medida deseada	Medida Lograda (en la fecha indicada)	Medida alcanzada (S/N)
		Servicios Específicos y Frecuencia	Fortalezas que se utilizaron			
1						
2						
3						

PLAN PARA DAR DE ALTA (agregue la fecha que se dará de alta si la sabe):

Sí, yo estoy de acuerdo con los tipos y niveles de servicios incluidos en mi plan de servicios de salud mental.

No, yo no estoy de acuerdo con los tipos y/o niveles de algunos o todos los servicios en mi plan. Al marcar en ésta casilla indico que recibiré los servicios que estuve de acuerdo en recibir y puedo apelar la decisión del equipo de no incluir todos los tipos y/o niveles de servicios que he solicitado.*

Persona/Guardián _____ Fecha: _____

Coordinador Clínico _____ Fecha: _____

Otro _____ Fecha: _____

Revisión del Profesional de Salud Mental _____ Fecha: _____

Otro _____ Fecha: _____

*Si marca no, se debe proporcionar un Aviso de Acción (Forma PM 5.1.1) a la persona que está en desacuerdo con un servicio relacionado con el Título XIX/XXI. Si el desacuerdo corresponde a un servicio no que corresponde a servicios que se proveen para personas que no están cubiertas bajo los Títulos XIX/XXI y se ha determinado que la persona padece de una enfermedad mental grave, la persona debe recibir el Aviso de decisión y el derecho de apelación (Para personas que padecen de una enfermedad mental grave) (Forma PM 5.5.1).

PARTE E: ACTUALIZACIÓN ANUAL DE SALUD MENTAL Y RESUMEN DE REVISIÓN

Nombre _____ Fecha de Nac. _____ # de Ident. del Cliente CIS _____
Miembro de la Familia que lo acompaña /Pareja (Anoté la relación con la persona): _____

Fecha de la Evaluación Actual / Revisión _____ Fecha de la Evaluación Inicial / última Revisión _____

I. RESUMEN DE SERVICIOS Y TRATAMIENTO Durante el año pasado considere lo siguiente: medicamentos y repuesta de los síntomas al tratamiento; efectos secundarios / reacciones adversas del medicamento, exámenes AIMS; enfermedades médicas significativas y respuesta al tratamiento; resultados de laboratorio significativo; preferencias culturales /consideraciones para provisión de servicios; otras intervenciones terapéuticas, servicios o apoyos proporcionados y respuesta al tratamiento (Ej: ¿Que le ayudó? ¿Qué no le ayudó o empeoró la situación?); funcionamiento general con el tiempo desde la última evaluación; progreso general (o falta de); Eventos / traumas significativos desde la última evaluación / revisión, incluyendo cualquier hospitalización, arrestos / encarcelamientos.

II. SITUACIÓN ACTUAL

1. Anote todos los medicamentos recetados actuales y las dosis, incluyendo los medicamentos recetados para otras enfermedades físicas / médicas:

<u>Medicamento:</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. Anote todas las demás intervenciones terapéuticas /servicios /apoyos que utiliza actualmente:

3. Describa el funcionamiento y progreso general de la persona al alcanzar los objetivos de tratamiento: Considere el funcionamiento relacionado con las siguientes áreas como sea apropiado - abuso /dependencia de sustancias; ambiente donde vive; actividades del diario vivir; entrenamiento educativo / vocacional; empleo; relaciones interpersonales; social / cultural; relación con la justicia legal / criminal.

4. Describa cualquier factor de riesgo significativo crónico a largo plazo como daño a sí mismo o a los demás; abstinencia de drogas o sobredosis / uso al límite de toxicidad; nutrición o exposición a los elementos; explotación, abuso, o negligencia.

PARTE E: ACTUALIZACIÓN ANUAL DE SALUD MENTAL Y RESUMEN DE REVISIÓN

III. RESUMEN DIAGNÓSTICO ACTUAL

1. Eje I. DSM-IV TR Código Diagnóstico Justificación para el diagnóstico (s)

1. Eje II. DSM-IV TR Código Diagnóstico Justificación para el diagnóstico (s)

3. Eje III. Identifique las afecciones médicas específicas de la persona y marque abajo las categorías de enfermedades que apliquen.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Infecciosas y Parasitarias (001-139) | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Sistema Digestivo (520-579) |
| <input type="checkbox"/> Neoplasmas (140-239) | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Sistema Genitourinario (580-629) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Endocrinas, Nutricionales, Metabólicas y Trastornos de Inmunidad (240-279) | <input type="checkbox"/> Complicaciones del Embarazo, Parto, Puerperio (630-676) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre y Órganos que Forman la Sangre (280-289) | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Piel y Tejido Subcutáneo (680-709) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del Sistema Nervioso y Órganos de los Sentidos (320-389) | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Sistema Músculo esquelético y Tejido Conjuntivo (710-739) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del Sistema Circulatorio (390-459) | <input type="checkbox"/> Anomalías Congénitas (740-759): |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del Sistema Respiratorio (460-519) | <input type="checkbox"/> Ciertas Afecciones originadas en el Periodo Perinatal (760-779) |
| | <input type="checkbox"/> Síntomas, Señales, y III- Afecciones Definidas (780-799) |
| | <input type="checkbox"/> Herida y envenenamiento (800-999) |

4. Eje IV. (Factores estresantes sicosociales o ambientales) _____

5. Eje V. (puntaje GAF o CGAS) _____

IV. RECOMMENDACIONES PARA SERVICIO / TRATAMIENTO ACTUAL Y CONTINUO

1. Anote las que no se han cumplido y que necesitan mantener un enfoque de servicios / tratamiento: _____

2. Anote las metas nuevas para el plan de servicio: _____

3. Anote otras necesidades continuas o preocupaciones que se deben tratar, incluyendo la coordinación del cuidado con PCP: _____

4. Identifique cualquier área de la evaluación que necesite ser reevaluada debido a cambios significativos, Ej.: la condición de la persona, ambiente de vida, estructura de apoyo: _____

Nombre del Contacto Clínico (impreso) / Firma

Referencias / Puesto

Fecha

Nombre del Profesional Salud Mental Encargado (impreso) / Firma

Referencias / Puesto

Fecha

Agencia

RECORDATORIO: Todos los datos demográficos que se reportan al ADHS/DBHS se deben revisar durante la actualización anual. Con base en esta revisión:

- Al menos los siguientes campos de datos demográficos /clínicos se deben reportar al ADHS/DBHS sin importar si han cambiado desde la última vez: Eje I, II y V, categoría de salud mental, empleo y estatus educativo, residencia principal, número de arrestos desde la última actualización de datos y uso primario y secundario de sustancias; y / o
- Toda la demás información demográfica que haya cambiado (Ej: participación de otra agencia, ingresos de las personas no elegibles para Título XIX/XXI).

