

"Confidencial: este formulario se debe guardar siempre en una red segura, accesible sólo para el personal financiado por Ryan White."

Nombre del cliente \_\_\_\_\_ Cliente N° \_\_\_\_\_ CM inicial \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Elija \_\_\_\_\_ Fecha de la evaluación \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Evaluación de salud mental

Si contesta "no" a alguna de estas preguntas y el cliente informa pérdida de memoria, derívelo para evaluación de salud mental.

- ¿Sabe el cliente dónde está?  Sí  No  
 ¿Sabe el cliente la fecha de hoy?  Sí  No  
 ¿Sabe el cliente por qué está aquí?  Sí  No

¿Informa el cliente que algo de lo siguiente fue un problema durante el año pasado?

- Depresión  Ansiedad  Hábitos de comida  Aislarse de los demás  
 Olvido  Delirios  Hábitos de sueño  Pensamientos o acciones respecto de lesionarse o lesionar a otros\*  
 Insomnio  Confusión  Sentirse aislado (\*Evaluación de autolesión)

¿Alguna vez recibió el cliente un diagnóstico de salud mental (SM)?  Sí  No

En caso afirmativo, describa \_\_\_\_\_

¿Tiene el cliente actualmente un diagnóstico de SM?  Sí  No

En caso afirmativo, describa \_\_\_\_\_

¿Fue el cliente hospitalizado alguna vez por un problema de SM?  Sí  No

En caso afirmativo, describa \_\_\_\_\_

¿Se le recetó alguna vez al cliente medicamentos para un problema de SM?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿en qué condiciones? \_\_\_\_\_

Razones de la interrupción del/de los medicamento(s) de SM \_\_\_\_\_

¿Está el cliente tomando medicamentos para un problema de SM ahora?  Sí  No

En caso afirmativo, indique medicamento(s) \_\_\_\_\_

¿Está el cliente inscrito actualmente (en los últimos 3 meses) en un programa de tratamiento?  Sí  No

En caso afirmativo, describa \_\_\_\_\_

### \*Evaluación de autolesión

Si el cliente tiene pensamientos suicidas y SI la agencia tiene una política escrita sobre el suicidio, pregunte:

- ¿Alguna vez el cliente intentó  lastimarse o  lastimar a otros en el pasado? (marque uno)  Sí  No  
Actualmente, ¿tiene el cliente pensamientos de  lastimarse o  lastimar a otros? (marque uno)  Sí  No  
 ¿Tiene el cliente un plan específico?  Sí  No  
 ¿Tiene el cliente los medios para llevar a cabo el plan?  Sí  No

Comentarios \_\_\_\_\_

¿Cuán turbado estuvo usted por cualquier tipo de problema de salud mental en los últimos tres meses? (marque una)

Nada										Totalmente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	

¿Piensa que las sesiones de terapia o un grupo de apoyo serían útiles? (marque una)

Nada										Totalmente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	

Plan: Derivar para una evaluación de salud mental  Sí  No

Proveedor a quien se deriva al cliente \_\_\_\_\_

Comentarios/detalles/otros \_\_\_\_\_

**Opciones de tratamiento de salud mental** (complete para CAREWare)

- En tratamiento  Lista de espera  Rechazó el tratamiento  Tratamiento completado  Abandonó  
 Proceso pretratamiento  Sin tratamiento activo ni terapia  
 Otros

**Seguridad doméstica**

El estado de Oregon tiene una ley que nos obliga a denunciar el abuso/descuido de niños o ancianos. Esto se denomina denuncia obligatoria. Si usted es menor de 18 años o mayor de 65, puedo tener que denunciar su situación según su respuesta a las 3 preguntas siguientes.

- ¿Alguna vez su pareja/ex-pareja lo/a lastimó físicamente o amenazó con hacerlo?  Sí  No  Actual  
¿Se siente controlado por su pareja o siente que está en peligro?  Sí  No  Actual  
¿Su pareja lo ha forzado a tener sexo o se ha negado a practicar sexo seguro?  Sí  No  Actual

Comentarios \_\_\_\_\_

**Antecedentes de uso/adicción a drogas y evaluación**

Droga uso/abuso/ adicción	Uso P = pasado; C = actual	Cantidad	Frecuencia Diaria/semanal mensual	Duración <1 año; 1-2 años; >2 años	Última vez <1 mes; 1-6 meses; 6 meses - 2 años; >2 años	¿Problema para el cliente? X = sí	¿Otros dicen que es un problema? X = sí	¿Desea tratamiento? X = sí
Juegos de azar	Elegir		Elegir	Elegir	Elegir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicotina (fumar/mascar tabaco)	Elegir		Elegir	Elegir	Elegir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol	Elegir		Elegir	Elegir	Elegir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana	Elegir		Elegir	Elegir	Elegir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana médica con tarjeta	Elegir		Elegir	Elegir	Elegir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimulantes/Metanfetaminas	Elegir		Elegir	Elegir	Elegir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína	Elegir		Elegir	Elegir	Elegir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alucinógenos	Elegir		Elegir	Elegir	Elegir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos recetados	Elegir		Elegir	Elegir	Elegir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿Alguna vez tuvo contactos con la justicia por problemas de AyD?  Sí  No  El año pasado  
¿Alguna vez recibió un DUI?  Sí  No  El año pasado  
¿Alguna vez se desmayó?  Sí  No  El año pasado  
¿Estuvo en la sala de emergencias o internado en un hospital por AyD?  Sí  No  El año pasado  
¿Alguna vez estuvo en tratamiento o en un programa de apoyo?  Sí  No  El año pasado

Describa: \_\_\_\_\_

¿Piensa que las sesiones de terapia para adicción o un grupo de apoyo serían útiles? (marque una)

<b>Nada</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<b>Totalmente</b>
-------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-------------------

Plan: Derivación para tratamiento para abuso de sustancias  Sí  No

Proveedor a quien se deriva al cliente \_\_\_\_\_

Comentarios/detalles/otros \_\_\_\_\_

**Evaluación de riesgo**

¿Tiene pareja en la actualidad?  Sí  No

Si dijo sí, ¿hace cuánto? \_\_\_\_\_

¿Cuántos compañeros sexuales tuvo el año pasado?  0  1  2-3  4-10  10+

Tipo de compañeros  Otro sexo  Mismo sexo  Ambos sexos  Encuentros anónimos

Tipo de sexo  Vaginal  Oral  Anal

¿Se inyecta drogas con agujas?  Sí  No

¿Comparte agujas?  Sí  No

¿Se informó a todos los compañeros sexuales/de agujas sobre la condición de VIH del cliente?  Sí  No

**En los últimos 12 meses**

¿Alguno de los compañeros del cliente tuvo sexo con otra persona mientras estaba en relación con el cliente?  Sí  No  No sabe

¿Se informó al cliente que tiene una enfermedad de transmisión sexual?  Sí  No  No sabe

En caso afirmativo, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

¿Se informó a alguno de los compañeros sexuales del cliente que tenían una enfermedad de transmisión sexual?  Sí  No  No sabe

Si dijo sí, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

¿Cómo se protege el cliente a sí mismo y a sus compañeros de una infección?

Abstinencia  Un solo compañero  Condomes  Agujas y jeringas limpias  Sexo oral en lugar de anal

Rol activo en lugar de pasivo en el sexo anal  Otros: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia el cliente y/o compañero participa en estas estrategias? (marque una)

Nunca										Siempre
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	

**Reducción del daño**

¿Qué cosas hace que lo ponen a riesgo? \_\_\_\_\_

¿Conoce maneras de reducir el riesgo de transmisión? \_\_\_\_\_

Mencione una cosa que podría hacer para reducir el riesgo. \_\_\_\_\_

¿Qué tan probable es que haga esto? (marque el número)

Improbable										Muy probable
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	

Plan: Derivar a Opciones de Salud de Apoyo para Prevención (SHOP) 1-877-795-7700  Sí  No

Comentarios/detalles/otros \_\_\_\_\_

**Resumen (complete para ingresar en CAREWare después de la evaluación)**

**Antecedentes de salud mental:**

Ninguno  Se desconoce  Sí, activo en los últimos 3 meses  Sí, pero no activo en los últimos 3 meses

**Antecedentes de abuso de drogas:**

Ninguno  Se desconoce  Sí, activo en los últimos 3 meses  Sí, pero no activo en los últimos 3 meses

Firma y credenciales \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_