**ENTREVISTA DE ALTA PARA SERVICIOS DE ESTABILIZACIÓN**

**Indicadores Nacionales de Resultados (INRs) - Alta (español)**

**HERRAMIENTA DE SERVICIOS**

Sistema de Rendición de Cuentas y Reporte de Desempeño de SAMHSA (SPARS) agosto de 2022

# **SECCIÓN 1: GESTIÓN DE REGISTRO**

**Nombre del (la) menor:** Click or tap here to enter text.

**ID del consumidor(a):** Click or tap here to enter text.

**Fecha de Nacimiento del (la) menor:** Click or tap to enter a date.

**Agencia proveedora de los servicios de estabilización:** Click or tap here to enter text.

**Nombre de quien aplica la entrevista:** Click or tap here to enter text.

**¿Se llevó a cabo la entrevista?**

☐ No 1a. **Si no, ¿Por qué no?:**

☐ No se pudo obtener el consentimiento del representante

☐ El consumidor(a) no pudo o era incapaz de prestar consentimiento

☐ El consumidor(a) se rehusó de esta entrevista

☐ No se pudo localizer al consumidor(a) para la entrevista

☐ OTRO (Especifique: Click or tap here to enter text.)

☐ Sí 1b. **¿Cuándo?:** Click or tap to enter a date.

# **SECCIÓN 2: DESEMPEÑO**

1. ¿Cómo calificaría la salud mental general de su hijo(a) ahora mismo?

☐ Excelente

☐ Muy buena

☐ Buena

☐ Regular

☐ Mala

☐ SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR

**2. A fin de proporcionarle los mejores servicios posibles de salud mental y otros servicios relacionados, necesitamos saber qué tan bien pudo su hijo(a) enfrentarse a su vida diaria durante los últimos 30 [treinta] días. Indique la respuesta de su hijo(a) a cada una de las siguientes declaraciones:**

**[LEA CADA DECLARACIÓN AL CONSUMIDOR(A) O CUIDADOR(A), SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA DE SÍ O NO]**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Durante los últimos 30 [treinta] días… | | **Sí** | **No** | SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR |
| **2a.** | Mi hijo(a) se las arregla bien con los problemas diarios. | ☐ | ☐ | ☐ |
| **2b.** | Mi hijo(a) es capaz de enfrentar eventos inesperados en mi su vida. | ☐ | ☐ | ☐ |
| **2c.** | Mi hijo(a) se lleva bien con amigos y otras personas. | ☐ | ☐ | ☐ |
| **2d.** | Mi hijo(a) se lleva bien con miembros de la familia. | ☐ | ☐ | ☐ |
| **2e.** | Mi hijo(a) se desenvuelve bien en las situaciones sociales. | ☐ | ☐ | ☐ |
| **2f.** | Mi hijo(a) se desenvuelve bien en la escuela y/o el trabajo. | ☐ | ☐ | ☐ |
| **2g.** | Mi hijo(a) tiene un lugar seguro para vivir. | ☐ | ☐ | ☐ |

3. Las siguientes preguntas son sobre cómo se ha sentido su hijo(a) durante los últimos 30 [treinta] días. Indique la respuesta de su hijo(a) a cada pregunta:

| **Durante los últimos 30 [treinta]** **días, ¿se ha sentido su hijo(a)…** | | **Sí** | **No** | SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3a.** | Nervioso(a)? | ☐ | ☐ | ☐ |
| **3b.** | Desesperanzado(a)? | ☐ | ☐ | ☐ |
| **3c.** | Inquieto(a) o impaciente? | ☐ | ☐ | ☐ |
| **3d.** | Tan deprimido(a) que nada podría animarle | ☐ | ☐ | ☐ |
| **3e.** | Que todo requiere un esfuerzo? | ☐ | ☐ | ☐ |
| **3f.** | Inútil? | ☐ | ☐ | ☐ |
| **3g.** | Molesto(a) por problemas psicológicos o emocionales? | ☐ | ☐ | ☐ |

1. **Su hijo (a) ha recibido servicios de salud mental por los cuáles fue referido (a)?**

☐ NO APLICA

☐ Sí

☐ No 4b. **¿Por qué no?** Click or tap here to enter text.

1. **¿Ha recibido su hijo (a) otros servicios o apoyos para los cuales fue referido (a), como apoyos culturales, religiosos o de otras organizaciones comunitarias?**

☐ NO APLICA

☐ Sí

☐ No 5b. ¿**Por qué no?** Click or tap here to enter text.

# **SECCIÓN 3: ESTABILIDAD RESPECTO DE UNA VIVIENDA**

**6. En los últimos 30 [treinta] días, ¿ su hijo(a)… ha**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Sí** | **No** | SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR |
| **6a.** | estado sin hogar? | ☐ | ☐ | ☐ |
| **6b.** | pasado tiempo en un hospital para recibir atención para la salud mental? | ☐ | ☐ | ☐ |
| **6c.** | pasado tiempo en un centro de desintoxicación/hospital o residencia para recibir tratamiento por abuso de sustancias? | ☐ | ☐ | ☐ |
| **6d.** | pasado tiempo en una institución penitenciaria (p. ej. cárcel, prisión, instalación para menores)? | ☐ | ☐ | ☐ |
| **6e.** | ido a una sala de emergencias por un problema de salud mental o emocional? | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | **[En caso afirmativo en las anteriores] Podría describir mejor la situación?**Click or tap here to enter text. |  |  |  |
| **6f.** | estado satisfecho(a) con las condiciones del lugar donde vive? | ☐ | ☐ | ☐ |

**7. [SI LA RESPESTA A ALGUNO DO LOS ÍTEMS DE LA PREGUNTA 6 FUE “SÍ”] ¿Puede contarme más sobre la situación?**Click or tap here to enter text.

**8. En los últimos 30 [treinta] días, ¿ha estado satisfecho(a) su hijo(a) con las condiciones de su espacio vital?**

☐ Sí

☐ No

☐ SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR

**9. En los últimos 30 [treinta] días, ¿dónde ha estado viviendo su hijo(a) la mayor parte del tiempo?**

**[NO LE LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL CONSUMIDOR(A). SELECCIONE SOLAMENTE UNA OPCIÓN.]**

☐ Residencia privada

☐ Hogar de acogida

☐ Atención residencial

☐ Residencia para crisis

☐ Centro de tratamiento residencial

☐ Entorno institucional

☐ Cárcel/instalación penitenciaria

☐ Sin hogar/refugio

☐ OTRO (Especifique: Click or tap here to enter text.)

☐ NO SABE

**10. ¿Con quién vives u hijo (a) actualmente?**

☐ Ambos padres biológicos

☐ Madre biológica

☐ Padre biológico

☐ Otros familiares

☐ Encargado legal que no es familiar

☐ Padres de acogida

☐ OTRO (Especifique: Click or tap here to enter text.)

# **SECCIÓN 4: EDUCACIÓN Y EMPLEO**

**11. ¿Está su hijo(a) inscrito(a) actualmente en una escuela o programa de capacitación laboral?**

☐ Sí

☐ No

☐ SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR

**12. En los últimos 30 [treinta] días, ¿tuvo usted dinero suficiente para satisfacer las necesidades de su hijo(a)?**

☐ Sí

☐ No

☐ SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR

# **SECCIÓN 5: SITUACIÓN PENAL Y RELACIONADA CON LA JUSTICIA PENAL**

**13. Durante los últimos 30 [treinta] días, ¿ su hijo(a)… ha**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 13a. sido detenido(a)? | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13b. pasado tiempo en una cárcel o una institución penitenciaria o estado en libertad condicional? | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13c. interactuado con la policía, product de su comportamiento o actitudes? | ☐ | ☐ | ☐ |

# **SECCIÓN 6: RELACIONES SOCIALES**

**14. Indique SÍ o NO para cada una de las siguientes declaraciones. Proporcione respuestas respecto de las relaciones con personas distintas del proveedor(es) de servicios de salud mental de su hijo(a) durante los últimos 30 [treinta] días. [LEA CADA DECLARACIÓN PARA EL CONSUMIDOR(A) O CUIDADOR(A), SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA SÍ O NO]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 14a. Mi hijo(a) está contento(a) con las amistades que tiene. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14b. Mi hijo(a) conoce personas con las que puede hacer cosas divertidas. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14c. Mi hijo(a) siente que pertenece a su comunidad. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14d. En caso de crisis, tendría mi hijo(a) el apoyo que necesita de su familia o amigos. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14e. Mi hijo(a) tiene familiares o amigos que le ayudan con su recuperación. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14f. Por lo general, mi hijo(a) logra lo que se propone. | ☐ | ☐ | ☐ |

# **SECCIÓN 7: PERCEPCIÓN SOBRE EL CUIDADO**

**15. A fin de proporcionarle los mejores servicios de salud mental y otros servicios relacionados, necesitamos saber lo que piensa usted [su hijo(a)] sobre los servicios que ha recibido durante los últimos 30 [treinta] días, las personas que los proporcionaron y los resultados. Indique si está de acuerdo/en desacuerdo usted [su hijo(a)] con cada una de las siguientes declaraciones. [LEA CADA DECLARACIÓN PARA EL CONSUMIDOR(A) O CUIDADOR(A), SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA SÍ O NO]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 15a. El personal aquí cree que mi hijo(a) puede desarrollar, cambiar y recuperarse. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15b. Mi hijo(a) sintió que pudo expresar sus quejas libremente. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15c. A mi hijo(a) le dieron información sobre sus derechos. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15d. El personal alentó a mi hijo(a) a que asumiera la responsabilidad de cómo lleva adelante su vida. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15e. El personal le djio a mi hijo(a) cuáles eran los efectos secundarios a los que debía prestar atención. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15f. El personal respetó los deseos de mi hijo(a) sobre a quién se le puede brindar información sobre su tratamiento y a quién no. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15g. El personal tuvo consideración de los antecedentes culturales de mi hijo(a) (p. ej. raza, religión, idioma). | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15h. Los servicios que mi hijo recibió se alinean con mis valores y tradiciones culturales. | ☐ | ☐ | ☐ |

Planificación de los servicios

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 16a. Mi familia, ninguna otra persona, determinó en qué necesitábamos ayuda | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16b. El personal trabajó con nosotros para crear un programa de seguridad con pasos comprensibles para abordar y reducer las situaciones de crisis. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16c. Staff worked with us to review and update the safety plan if the situation changed. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16d. El personal le ayudó a mi hijo(a) a obtener la información que necesitaba para poder encargarse del tratamiento de su enfermedad. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16e. Se lalentó a mi hijo(a) a usar programas dirigidos por el consumidor (grupos de apoyo, centros de hospitalidad, línea telefónica para crisis, etc.). | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16f. Mi hijo(a) sintió cómodo(a) haciendo preguntas sobre su tratamiento y medicamentos. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16g. Fue mi hijo(a) quien decidió sus objetivos de tratamiento, no el personal. | ☐ | ☐ | ☐ |

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 17a. Los servicios que recibimos abordaron las necesidades de mi familia. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17b. Los servicios recibidos se plantearon en torno a las fortalezas familiares (Por ejemplo: las cosas que ya hacemos bien) | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17c. El personal de esta agencia ayudó a mi familia a entender los servicios y abogó por nosotros. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17d. El personal con el que trabajamos se sinteron como compañeros que nos ayudaron a obtener lo que mi familia necesitaba. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17e. A mi hijo(a) le gustan los servicios que ha recibido aquí. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17f. Si tuviera mi hijo(a) otras opciones, le gustaría seguir recibiendo servicios de esta agencia. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17g. Mi hijo(a) recomendaría esta agencia a un amigo o familiar. | ☐ | ☐ | ☐ |

FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 18a. El personal de esta agencia le enseñó a mi hijo(a) habilidades de comunicación, resolución de problemas, regulación del comportamiento y/o habilidades para enfrentar el estrés. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 18b. . El personal de esta agencia me ayudó a aprender habilidades sobre cómo responder y comunicarme de manera más calmada con mi hijo(a). | ☐ | ☐ | ☐ |
| 18c. El personal de esta agencia ayudó a enseñar a mi hijo/a y a mí habilidades sobre cómo desarrollar mayor resiliencia. | ☐ | ☐ | ☐ |

RESULTADOS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR |
| 19a. . Como resultado del tratamiento y los servicios recibidos, los comportamientos/síntomas de mi hijo (a) han disminuido. | ☐ | ☐ | ☐ |

**20. ¿De qué forma le han ayudado a su familia los servicios recibidos?** Click or tap here to enter text.

**21. Hay algo acerca de su experiencia con el personal que le gustaría compartir?** Click or tap here to enter text.

**22. Para seguir ayudando a familias como la suya, ¿de qué manera se podrían mejorar los servicios recibidos?** Click or tap here to enter text.

**23. ¿Con qué organizaciones, agencias u otros apoyos se conectaroon usted y su familia?** Click or tap here to enter text.

**24. ¿Estos apoyos le han ayudado?**

☐ NO APLICA

☐ Sí 23a. **¿De qué forma le han ayudado?** Click or tap here to enter text.

☐ No 23b. **¿Por qué no considera que le ayudaron?** Click or tap here to enter text.

**25. Has your family experienced additional crisis situations since you were connected with Stabilization Services? Desde que recibió los servicios de estabilización, ¿su familia ha tendido alguna crisis adicional?**

☐ SIN RESPONDER/SE NEGÓ A CONTESTAR

☐ Sí 24a. **Por favor, describa la situación.** Click or tap here to enter text.

☐ No

26. **Para mejorar nuestros servicios futuros, sería útil saber en términos generales qué tipo de seguro médico tienen. Tenga en cuenta que no nos pondremos en contacto con su compañía de seguros con respecto a los servicios que ha recibido. ¿Tiene su familia seguro médico? (Marque todas las opciones que correspondan):**

☐ Nuestra familia no está asegurada

☐ Nuestra familia tiene Seguro público (como MA o PMAP)

☐ Nuestra familia tienen seguro privado **25a. Cuál es su aseguradora?** Click or tap here to enter text.

27. Cuando usted accedió a hacer estra entrevista, seleccionó una tarjeta de regalo para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(revise la hoja de entrevista). ¿Aún es su preferencia o le gustaría cambiarla a otra tienda?

 ☐ Target

☐ Walmart

☐ Amazon

☐ Cub Foods

28. ¿A cuál dirección de correo electrónico le gustaría que enviemos la tarjeta de regalo?

Informe a la persona que el correo electrónico vendrá de: cheryl@community-research.solutions

***Solo para el entrevistador (no preguntar al entrevistado):***

*¿Hay algo de lo que Cheryl/Lisa o el proveedor de Estabilización deberían tomar en cuenta?*

* No
* Sí (Especifique: Click or tap here to enter text.)