

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)

Center for Substance Abuse Treatment (CSAT)

Government Performance and Results Act (GPRA) Client Outcome Measures for Discretionary Programs

SAMHSA's Performance Accountability and Reporting System (SPARS)
March 2019

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 36 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information, if all items are asked of a client/participant; to the extent that providers already obtain much of this information as part of their ongoing client/participant intake or follow-up, less time will be required. Send comments regarding this burden estimate, or any other aspect of this collection of information, to the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Reports Clearance Officer, Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid Office of Management and Budget (OMB) control number. The control number for this project is 0930-0208.

[This page intentionally left blank]

Table of Contents

A.	RECORD MANAGEMENT	1
A.	BEHAVIORAL HEALTH DIAGNOSES.....	2
A.	PLANNED SERVICES.....	9
A.	DEMOGRAPHICS	10
A.	MILITARY FAMILY AND DEPLOYMENT	11
B.	DRUG AND ALCOHOL USE.....	13
C.	FAMILY AND LIVING CONDITIONS	15
D.	EDUCATION, EMPLOYMENT, AND INCOME	17
E.	CRIME AND CRIMINAL JUSTICE STATUS.....	18
F.	MENTAL AND PHYSICAL HEALTH PROBLEMS AND TREATMENT/RECOVERY	19
G.	SOCIAL CONNECTEDNESS	24
H.	PROGRAM-SPECIFIC QUESTIONS.....	25
H1.	PROGRAM-SPECIFIC QUESTIONS.....	26
H2.	PROGRAM-SPECIFIC QUESTIONS.....	27
H3.	PROGRAM-SPECIFIC QUESTIONS.....	28
H4.	PROGRAM-SPECIFIC QUESTIONS.....	29
H5.	PROGRAM-SPECIFIC QUESTIONS.....	30
H6.	PROGRAM-SPECIFIC QUESTIONS.....	31
H7.	PROGRAM-SPECIFIC QUESTIONS.....	32
H8.	PROGRAM-SPECIFIC QUESTIONS.....	34
H9.	PROGRAM-SPECIFIC QUESTIONS.....	35
H10.	PROGRAM-SPECIFIC QUESTIONS.....	36
I.	FOLLOW-UP STATUS.....	38
J.	DISCHARGE STATUS	38
K.	SERVICES RECEIVED.....	40

[This page intentionally left blank]

A. RECORD MANAGEMENT

Client ID

Client Type:

- Treatment client
- Client in recovery

Contract/Grant ID

Interview Type *[CIRCLE ONLY ONE TYPE.]*

Intake *[GO TO INTERVIEW DATE.]*

6-month follow-up: Did you conduct a follow-up interview? Yes No
[IF NO, GO DIRECTLY TO SECTION I.]

3-month follow-up *[FOR SELECT PROGRAMS]:*

Did you conduct a follow-up interview? Yes No
[IF NO, GO DIRECTLY TO SECTION I.]

Discharge: Did you conduct a discharge interview? Yes No
[IF NO, GO DIRECTLY TO SECTION J.]

Interview Date / /
Month Day Year

A. BEHAVIORAL HEALTH DIAGNOSES

[REPORTED BY PROGRAM STAFF.]

Please indicate the client's current behavioral health diagnoses using the International Classification of Diseases, 10th revision, Clinical Modification (ICD-10-CM) codes listed below. Please note that some substance use disorder ICD-10-CM codes have been crosswalked to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, descriptors. Select up to three diagnoses. For each diagnosis selected, please indicate whether it is primary, secondary, or tertiary, if known. Only one diagnosis can be primary, only one can be secondary, and only one can be tertiary.

Behavioral Health Diagnoses	Diagnosed?	For each diagnosis selected, please indicate whether the diagnosis is primary, secondary, or tertiary, if known		
	Select up to 3	Primary	Secondary	Tertiary
<u>SUBSTANCE USE DISORDER DIAGNOSES</u>				
<u>Alcohol-related disorders</u>				
F10.10 – Alcohol use disorder, uncomplicated, mild	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F10.11 – Alcohol use disorder, mild, in remission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F10.20 – Alcohol use disorder, uncomplicated, moderate/severe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F10.21 – Alcohol use disorder, moderate/severe, in remission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F10.9 – Alcohol use, unspecified	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Opioid-related disorders</u>				
F11.10 – Opioid use disorder, uncomplicated, mild	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F11.11 – Opioid use disorder, mild, in remission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F11.20 – Opioid use disorder, uncomplicated, moderate/severe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F11.21 – Opioid use disorder, moderate/severe, in remission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F11.9 – Opioid use, unspecified	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Cannabis-related disorders</u>				
F12.10 – Cannabis use disorder, uncomplicated, mild	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F12.11 – Cannabis use disorder, mild, in remission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F12.20 – Cannabis use disorder, uncomplicated, moderate/severe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F12.21 – Cannabis use disorder, moderate/severe, in remission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F12.9 – Cannabis use, unspecified	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Sedative-, hypnotic-, or anxiolytic-related disorders</u>				
F13.10 – Sedative, hypnotic, or anxiolytic use disorder, uncomplicated, mild	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F13.11 – Sedative, hypnotic, or anxiolytic use disorder, mild, in remission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A. BEHAVIORAL HEALTH DIAGNOSES (CONTINUED)

Behavioral Health Diagnoses	Diagnosed?	For each diagnosis selected, please indicate whether diagnosis is primary, secondary, or tertiary, if known		
	Select up to 3	Primary	Secondary	Tertiary
F13.20 – Sedative, hypnotic, or anxiolytic use disorder, uncomplicated, moderate/severe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F13.21 – Sedative, hypnotic, or anxiolytic use disorder, moderate/severe, in remission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F13.9 – Sedative, hypnotic, or anxiolytic use, unspecified	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Cocaine-related disorders</u>				
F14.10 – Cocaine use disorder, uncomplicated, mild	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F14.11 – Cocaine use disorder, mild, in remission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F14.20 – Cocaine use disorder, uncomplicated, moderate/severe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F14.21 – Cocaine use disorder, moderate/severe, in remission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F14.9 – Cocaine use, unspecified	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Other stimulant-related disorders</u>				
F15.10 – Other stimulant use disorder, uncomplicated, mild	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F15.11 – Other stimulant use disorder, mild, in remission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F15.20 – Other stimulant use disorder, uncomplicated, moderate/severe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F15.21 – Other stimulant use disorder, moderate/severe, in remission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F15.9 – Other stimulant use, unspecified	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Hallucinogen-related disorders</u>				
F16.10 – Hallucinogen use disorder, uncomplicated, mild	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F16.11 – Hallucinogen use disorder, mild, in remission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F16.20 – Hallucinogen use disorder, uncomplicated, moderate/severe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F16.21 – Hallucinogen use disorder moderate/severe, in remission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F16.9 – Hallucinogen use, unspecified	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Inhalant-related disorders</u>				
F18.10 – Inhalant use disorder, uncomplicated, mild	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F18.11 – Inhalant use disorder, mild, in remission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F18.20 – Inhalant use disorder, uncomplicated, moderate/severe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F18.21 – Inhalant use disorder, moderate/severe, in remission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F18.9 – Inhalant use, unspecified	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A. BEHAVIORAL HEALTH DIAGNOSES (CONTINUED)

Behavioral Health Diagnoses	Diagnosed?	For each diagnosis selected, please indicate whether diagnosis is primary, secondary, or tertiary, if known		
	Select up to 3	Primary	Secondary	Tertiary
<u>Other psychoactive substance-related disorders</u>				
F19.10 – Other psychoactive substance use disorder, uncomplicated, mild	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F19.11 – Other psychoactive substance use disorder, in remission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F19.20 – Other psychoactive substance use disorder, uncomplicated, moderate/severe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F19.21 – Other psychoactive substance use disorder, moderate/severe, in remission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F19.9 – Other psychoactive substance use, unspecified	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Nicotine dependence</u>				
F17.20 – Tobacco use disorder, mild/moderate/severe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F17.21 – Tobacco use disorder, mild/moderate/severe, in remission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>MENTAL HEALTH DIAGNOSES</u>				
F20 – Schizophrenia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F21 – Schizotypal disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F22 – Delusional disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F23 – Brief psychotic disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F24 – Shared psychotic disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F25 – Schizoaffective disorders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F28 – Other psychotic disorder not due to a substance or known physiological condition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F29 – Unspecified psychosis not due to a substance or known physiological condition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F30 – Manic episode	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F31 – Bipolar disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F32 – Major depressive disorder, single episode	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F33 – Major depressive disorder, recurrent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F34 – Persistent mood [affective] disorders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F39 – Unspecified mood [affective] disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F40–F48 – Anxiety, dissociative, stress-related, somatoform, and other nonpsychotic mental disorders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F50 – Eating disorders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F51 – Sleep disorders not due to a substance or known physiological condition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F60.2 – Antisocial personality disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F60.3 – Borderline personality disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A. BEHAVIORAL HEALTH DIAGNOSES (CONTINUED)

Behavioral Health Diagnoses	Diagnosed?	For each diagnosis selected, please indicate whether diagnosis is primary, secondary, or tertiary, if known		
	Select up to 3	Primary	Secondary	Tertiary
F60.0, F60.1, F60.4–F69 – Other personality disorders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F70–F79 – Intellectual disabilities	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F80–F89 – Pervasive and specific developmental disorders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F90 – Attention-deficit hyperactivity disorders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F91 – Conduct disorders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F93 – Emotional disorders with onset specific to childhood	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F94 – Disorders of social functioning with onset specific to childhood or adolescence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F95 – Tic disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F98 – Other behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F99 – Unspecified mental disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Don't know
- None of the above

A. BEHAVIORAL HEALTH DIAGNOSES (CONTINUED)

1. In the past 30 days, was this client diagnosed with an opioid use disorder?

- Yes
- No
- Don't know

a. In the past 30 days, which U.S. Food and Drug Administration (FDA)-approved medication did the client receive for the treatment of an opioid use disorder?

- Methadone *[IF RECEIVED]* Specify how many days received
- Buprenorphine *[IF RECEIVED]* Specify how many days received
- Naltrexone *[IF RECEIVED]* Specify how many days received
- Extended-release naltrexone *[IF RECEIVED]* Specify how many days received
- Client was diagnosed with an opioid use disorder, but did not receive an FDA-approved medication for an opioid use disorder
- Client was not diagnosed with an opioid use disorder and did not receive an FDA-approved medication for an opioid use disorder
- Don't know

2. In the past 30 days, was this client diagnosed with an alcohol use disorder?

- Yes
- No
- Don't know

a. In the past 30 days, which FDA-approved medication did the client receive for the treatment of an alcohol use disorder?

- Naltrexone *[IF RECEIVED]* Specify how many days received
- Extended-release naltrexone *[IF RECEIVED]* Specify how many days received
- Disulfiram *[IF RECEIVED]* Specify how many days received
- Acamprosate *[IF RECEIVED]* Specify how many days received
- Client was diagnosed with an alcohol use disorder, but did not receive an FDA-approved medication for an alcohol use disorder
- Client was not diagnosed with an alcohol use disorder and did not receive an FDA-approved medication for an alcohol use disorder
- Don't know

[FOLLOW-UP AND DISCHARGE INTERVIEWS: SKIP TO SECTION B.]

3. Was the client screened by your program for co-occurring mental health and substance use disorders?

- Yes
- No *[SKIP 3a.]*

3a. *[IF YES]* Did the client screen positive for co-occurring mental health and substance use disorders?

- Yes
- No

***[SCREENING, BRIEF INTERVENTION, AND REFERRAL TO TREATMENT (SBIRT) GRANTS CONTINUE.
ALL OTHERS GO TO SECTION A, "PLANNED SERVICES."]***

A. BEHAVIORAL HEALTH DIAGNOSES (CONTINUED)

THIS SECTION FOR SBIRT GRANTS ONLY [ITEMS 4, 4a, AND 5 REPORTED ONLY AT INTAKE/BASELINE].

4. How did the client screen for your SBIRT?

- NEGATIVE
- POSITIVE

4a. What was his/her screening score?

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	=	_ _ _
CAGE	=	_ _ _
Drug Abuse Screening Test (DAST)	=	_ _ _
DAST-10	=	_ _ _
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) Guide	=	_ _ _
Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)/Alcohol Subscore	=	_ _ _
Other (Specify)	=	_ _ _

5. Was he/she willing to continue his/her participation in the SBIRT program?

- YES
- NO

A. PLANNED SERVICES

[REPORTED BY PROGRAM STAFF ABOUT CLIENT ONLY AT INTAKE/BASELINE.]

Identify the services you plan to provide to the client during the client's course of treatment/recovery. *[SELECT "YES" OR "NO" FOR EACH ONE.]*

Modality	Yes	No
<i>[SELECT AT LEAST ONE MODALITY.]</i>		
1. Case Management	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Day Treatment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Inpatient/Hospital (Other Than Detox)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Outpatient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Outreach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Intensive Outpatient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Methadone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Residential/Rehabilitation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Detoxification (Select Only One)		
A. Hospital Inpatient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Free-Standing Residential	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. Ambulatory Detoxification	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. After Care	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recovery Support	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Other (Specify) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[SELECT AT LEAST ONE SERVICE.]

Treatment Services	Yes	No
<i>[SBIRT GRANTS: YOU MUST SELECT "YES" FOR AT LEAST ONE OF THE TREATMENT SERVICES NUMBERED 1-4.]</i>		
1. Screening	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Brief Intervention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Brief Treatment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Referral to Treatment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Assessment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Treatment/Recovery Planning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Individual Counseling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Group Counseling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Family/Marriage Counseling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Co-Occurring Treatment/Recovery Services	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Pharmacological Interventions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. HIV/AIDS Counseling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Other Clinical Services (Specify) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Case Management Services	Yes	No
1. Family Services (Including Marriage Education, Parenting, Child Development Services)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Child Care	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Employment Service		
A. Pre-Employment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Employment Coaching	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Individual Services Coordination	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Transportation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. HIV/AIDS Service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Supportive Transitional Drug-Free Housing Services	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Other Case Management Services (Specify) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Medical Services	Yes	No
1. Medical Care	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Alcohol/Drug Testing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. HIV/AIDS Medical Support and Testing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Other Medical Services (Specify) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

After Care Services	Yes	No
1. Continuing Care	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Relapse Prevention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Recovery Coaching	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Self-Help and Support Groups	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Spiritual Support	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Other After Care Services (Specify) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Education Services	Yes	No
1. Substance Abuse Education	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. HIV/AIDS Education	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Other Education Services (Specify) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Peer-to-Peer Recovery Support Services	Yes	No
1. Peer Coaching or Mentoring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Housing Support	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Alcohol- and Drug-Free Social Activities	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Information and Referral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Other Peer-to-Peer Recovery Support Services (Specify) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A. DEMOGRAPHICS

[ASKED ONLY AT INTAKE/BASELINE.]

1. What is your gender?

- MALE
- FEMALE
- TRANSGENDER
- OTHER (SPECIFY) _____
- REFUSED

2. Are you Hispanic or Latino?

- YES
- NO
- REFUSED

[IF YES] What ethnic group do you consider yourself? Please answer yes or no for each of the following. You may say yes to more than one.

Ethnic Group	Yes	No	Refused
Central American	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuban	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dominican	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mexican	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puerto Rican	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
South American	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Other (SPECIFY) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <i>[IF YES, SPECIFY BELOW.]</i>

3. What is your race? Please answer yes or no for each of the following. You may say yes to more than one.

Race	Yes	No	Refused
Black or African American	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asian	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Native Hawaiian or other Pacific Islander	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alaska Native	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
White	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
American Indian	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. What is your date of birth?*

____|____| / ____|____| ***[*THE SYSTEM WILL ONLY SAVE MONTH AND YEAR.
TO MAINTAIN CONFIDENTIALITY, DAY IS NOT SAVED.]***
Month Day

____|____|____|____|
Year

- REFUSED

A. MILITARY FAMILY AND DEPLOYMENT

5. Have you ever served in the Armed Forces, in the Reserves, or in the National Guard? *[IF SERVED]* In which area, the Armed Forces, Reserves, or National Guard did you serve?

- NO
- YES, IN THE ARMED FORCES
- YES, IN THE RESERVES
- YES, IN THE NATIONAL GUARD
- REFUSED
- DON'T KNOW

[IF NO, REFUSED, OR DON'T KNOW, SKIP TO QUESTION A6.]

5a. Are you currently on active duty in the Armed Forces, in the Reserves, or in the National Guard? *[IF ACTIVE]* In which area, the Armed Forces, Reserves, or National Guard?

- NO, SEPARATED OR RETIRED FROM THE ARMED FORCES, RESERVES, OR NATIONAL GUARD
- YES, IN THE ARMED FORCES
- YES, IN THE RESERVES
- YES, IN THE NATIONAL GUARD
- REFUSED
- DON'T KNOW

5b. Have you ever been deployed to a combat zone? *[CHECK ALL THAT APPLY.]*

- NEVER DEPLOYED
- IRAQ OR AFGHANISTAN (E.G., OPERATION ENDURING FREEDOM [OEF]/OPERATION IRAQI FREEDOM [OIF]/OPERATION NEW DAWN [OND])
- PERSIAN GULF (OPERATION DESERT SHIELD/DESERT STORM)
- VIETNAM/SOUTHEAST ASIA
- KOREA
- WWII
- DEPLOYED TO A COMBAT ZONE NOT LISTED ABOVE (E.G., BOSNIA/SOMALIA)
- REFUSED
- DON'T KNOW

[SBIRT GRANTEES: FOR CLIENTS WHO SCREENED NEGATIVE, THE INTAKE INTERVIEW IS NOW COMPLETE.]

A. MILITARY FAMILY AND DEPLOYMENT (CONTINUED)

6. Is anyone in your family or someone close to you on active duty in the Armed Forces, in the Reserves, or in the National Guard or separated or retired from the Armed Forces, Reserves, or National Guard?

- NO
- YES, ONLY ONE
- YES, MORE THAN ONE
- REFUSED
- DON'T KNOW

[IF NO, REFUSED, OR DON'T KNOW, SKIP TO SECTION B.]

[IF YES, ANSWER FOR UP TO 6 PEOPLE.] What is the relationship of that person (Service Member) to you? [WRITE RELATIONSHIP IN COLUMN HEADING.]						
1 = Mother 2 = Father 3 = Brother 4 = Sister 5 = Spouse 6 = Partner 7 = Child 8 = Other (Specify) _____						
Has the Service Member experienced any of the following? [CHECK ANSWER IN APPROPRIATE COLUMN FOR ALL THAT APPLY.]	(Relationship) 1.	(Relationship) 2.	(Relationship) 3.	(Relationship) 4.	(Relationship) 5.	(Relationship) 6.
6a. Deployed in support of combat operations (e.g., Iraq or Afghanistan)?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW
6b. Was physically injured during combat operations?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW
6c. Developed combat stress symptoms/difficulties adjusting following deployment, including post-traumatic stress disorder (PTSD), depression, or suicidal thoughts?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW
6d. Died or was killed?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> REFUSED <input type="radio"/> DON'T KNOW

B. DRUG AND ALCOHOL USE

	Number of Days	REFUSED	DON'T KNOW
1. During the past 30 days, how many days have you used the following:			
a. Any alcohol <i>[IF ZERO, SKIP TO ITEM B1c.]</i>	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b1. Alcohol to intoxication (5+ drinks in one sitting)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b2. Alcohol to intoxication (4 or fewer drinks in one sitting and felt high)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Illegal drugs <i>[IF B1a OR B1c = 0, REFUSED (RF), DON'T KNOW (DK), THEN SKIP TO ITEM B2.]</i>	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Both alcohol and drugs (on the same day)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Route of Administration Types:

1. Oral 2. Nasal 3. Smoking 4. Non-intravenous (IV) injection 5. IV
 *NOTE THE USUAL ROUTE. FOR MORE THAN ONE ROUTE, CHOOSE THE MOST SEVERE. THE ROUTES ARE LISTED FROM LEAST SEVERE (1) TO MOST SEVERE (5).

2. During the past 30 days, how many days have you used any of the following: *[IF THE VALUE IN ANY ITEM B2a–B2i > 0, THEN THE VALUE IN B1c MUST BE > 0.]*

	Number of Days	RF	DK	Route*	RF	DK
a. Cocaine/Crack	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Marijuana/Hashish (Pot, Joints, Blunts, Chronic, Weed, Mary Jane)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Opiates:						
1. Heroin (Smack, H, Junk, Skag)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Morphine	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Dilaudid	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Demerol	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Percocet	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Darvon	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Codeine	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Tylenol 2, 3, 4	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. OxyContin/Oxycodone	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Non-prescription methadone	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Hallucinogens/psychedelics, PCP (Angel Dust, Ozone, Wack, Rocket Fuel), MDMA (Ecstasy, XTC, X, Adam), LSD (Acid, Boomers, Yellow Sunshine), Mushrooms, or Mescaline	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Methamphetamine or other amphetamines (Meth, Uppers, Speed, Ice, Chalk, Crystal, Glass, Fire, Crank)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. DRUG AND ALCOHOL USE (CONTINUED)

Route of Administration Types:

1. Oral 2. Nasal 3. Smoking 4. Non-IV injection 5. IV

*NOTE THE USUAL ROUTE. FOR MORE THAN ONE ROUTE, CHOOSE THE MOST SEVERE. THE ROUTES ARE LISTED FROM LEAST SEVERE (1) TO MOST SEVERE (5).

2. During the past 30 days, how many days have you used any of the following: *[IF THE VALUE IN ANY ITEM B2a–B2i > 0, THEN THE VALUE IN B1c MUST BE > 0.]*

	Number of Days	RF	DK	Route*	RF	DK
g. 1. Benzodiazepines: Diazepam (Valium); Alprazolam (Xanax); Triazolam (Halcion); and Estazolam (Prosom and Rohypnol, also known as roofies, roche, and cope)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Barbiturates: Mephobarbital (Mebacut) and pentobarbital sodium (Nembutal)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Non-prescription GHB (known as Grievous Bodily Harm, Liquid Ecstasy, and Georgia Home Boy)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ketamine (known as Special K or Vitamin K)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Other tranquilizers, downers, sedatives, or hypnotics	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Inhalants (poppers, snappers, rush, whippets)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Other illegal drugs (Specify) _____	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. In the past 30 days, have you injected drugs? *[IF ANY ROUTE OF ADMINISTRATION IN B2a–B2i = 4 or 5, THEN B3 MUST = YES.]*

- YES
- NO
- REFUSED
- DON'T KNOW

[IF NO, REFUSED, OR DON'T KNOW, SKIP TO SECTION C.]

4. In the past 30 days, how often did you use a syringe/needle, cooker, cotton, or water that someone else used?

- Always
- More than half the time
- Half the time
- Less than half the time
- Never
- REFUSED
- DON'T KNOW

C. FAMILY AND LIVING CONDITIONS

1. **In the past 30 days, where have you been living most of the time? [DO NOT READ RESPONSE OPTIONS TO CLIENT.]**

- SHELTER (SAFE HAVENS, TRANSITIONAL LIVING CENTER [TLC], LOW-DEMAND FACILITIES, RECEPTION CENTERS, OTHER TEMPORARY DAY OR EVENING FACILITY)
- STREET/OUTDOORS (SIDEWALK, DOORWAY, PARK, PUBLIC OR ABANDONED BUILDING)
- INSTITUTION (HOSPITAL, NURSING HOME, JAIL/PRISON)
- HOUSED: **[IF HOUSED, CHECK APPROPRIATE SUBCATEGORY:]**
 - OWN/RENT APARTMENT, ROOM, OR HOUSE
 - SOMEONE ELSE'S APARTMENT, ROOM, OR HOUSE
 - DORMITORY/COLLEGE RESIDENCE
 - HALFWAY HOUSE
 - RESIDENTIAL TREATMENT
 - OTHER HOUSED (SPECIFY) _____
- REFUSED
- DON'T KNOW

2. **How satisfied are you with the conditions of your living space?**

- Very dissatisfied
- Dissatisfied
- Neither satisfied nor dissatisfied
- Satisfied
- Very satisfied
- REFUSED
- DON'T KNOW

3. **During the past 30 days, how stressful have things been for you because of your use of alcohol or other drugs? [IF B1a OR B1c > 0, THEN C3 CANNOT = "NOT APPLICABLE."]**

- Not at all
- Somewhat
- Considerably
- Extremely
- NOT APPLICABLE [USE ONLY IF B1a AND B1c = 0.]
- REFUSED
- DON'T KNOW

4. **During the past 30 days, has your use of alcohol or other drugs caused you to reduce or give up important activities? [IF B1a OR B1c > 0, THEN C4 CANNOT = "NOT APPLICABLE."]**

- Not at all
- Somewhat
- Considerably
- Extremely
- NOT APPLICABLE [USE ONLY IF B1a AND B1c = 0.]
- REFUSED
- DON'T KNOW

C. FAMILY AND LIVING CONDITIONS (CONTINUED)

5. **During the past 30 days, has your use of alcohol or other drugs caused you to have emotional problems?**
[IF B1a OR B1c > 0, THEN C5 CANNOT = "NOT APPLICABLE."]

- Not at all
- Somewhat
- Considerably
- Extremely
- NOT APPLICABLE *[USE ONLY IF B1a AND B1c = 0.]*
- REFUSED
- DON'T KNOW

6. *[IF NOT MALE]* **Are you currently pregnant?**

- YES
- NO
- REFUSED
- DON'T KNOW

7. **Do you have children?**

- YES
- NO
- REFUSED
- DON'T KNOW

[IF NO, REFUSED, OR DON'T KNOW, SKIP TO SECTION D.]

a. **How many children do you have?** *[IF C7 = YES, THEN THE VALUE IN C7a MUST BE > 0.]*

____ REFUSED DON'T KNOW

b. **Are any of your children living with someone else due to a child protection court order?**

- YES
- NO
- REFUSED
- DON'T KNOW

[IF NO, REFUSED, OR DON'T KNOW, SKIP TO ITEM C7d.]

c. *[IF YES]* **How many of your children are living with someone else due to a child protection court order?** *[THE VALUE IN C7c CANNOT EXCEED THE VALUE IN C7a.]*

____ REFUSED DON'T KNOW

d. **For how many of your children have you lost parental rights?** *[THE CLIENT'S PARENTAL RIGHTS WERE TERMINATED.] [THE VALUE IN ITEM C7d CANNOT EXCEED THE VALUE IN C7a.]*

____ REFUSED DON'T KNOW

D. EDUCATION, EMPLOYMENT, AND INCOME

1. Are you currently enrolled in school or a job training program? *[IF ENROLLED]* Is that full time or part time? *[IF CLIENT IS INCARCERATED, CODE D1 AS "NOT ENROLLED."]*

- NOT ENROLLED
- ENROLLED, FULL TIME
- ENROLLED, PART TIME
- OTHER (SPECIFY) _____
- REFUSED
- DON'T KNOW

2. What is the highest level of education you have finished, whether or not you received a degree?

- NEVER ATTENDED
- 1ST GRADE
- 2ND GRADE
- 3RD GRADE
- 4TH GRADE
- 5TH GRADE
- 6TH GRADE
- 7TH GRADE
- 8TH GRADE
- 9TH GRADE
- 10TH GRADE
- 11TH GRADE
- 12TH GRADE/HIGH SCHOOL DIPLOMA/EQUIVALENT
- COLLEGE OR UNIVERSITY/1ST YEAR COMPLETED
- COLLEGE OR UNIVERSITY/2ND YEAR COMPLETED/ASSOCIATES DEGREE (AA, AS)
- COLLEGE OR UNIVERSITY/3RD YEAR COMPLETED
- BACHELOR'S DEGREE (BA, BS) OR HIGHER
- VOCATIONAL/TECHNICAL (VOC/TECH) PROGRAM AFTER HIGH SCHOOL BUT NO VOC/TECH DIPLOMA
- VOC/TECH DIPLOMA AFTER HIGH SCHOOL
- REFUSED
- DON'T KNOW

3. Are you currently employed? *[CLARIFY BY FOCUSING ON STATUS DURING MOST OF THE PREVIOUS WEEK, DETERMINING WHETHER CLIENT WORKED AT ALL OR HAD A REGULAR JOB BUT WAS OFF WORK. IF CLIENT IS "ENROLLED, FULL TIME" IN D1 AND INDICATES "EMPLOYED, FULL TIME" IN D3, ASK FOR CLARIFICATION. IF CLIENT IS INCARCERATED AND HAS NO WORK OUTSIDE OF JAIL, CODE D3 AS "UNEMPLOYED, NOT LOOKING FOR WORK."]*

- EMPLOYED, FULL TIME (35+ HOURS PER WEEK, OR WOULD HAVE BEEN)
- EMPLOYED, PART TIME
- UNEMPLOYED, LOOKING FOR WORK
- UNEMPLOYED, DISABLED
- UNEMPLOYED, VOLUNTEER WORK
- UNEMPLOYED, RETIRED
- UNEMPLOYED, NOT LOOKING FOR WORK
- OTHER (SPECIFY) _____
- REFUSED
- DON'T KNOW

D. EDUCATION, EMPLOYMENT, AND INCOME (CONTINUED)

4. Approximately, how much money did YOU receive (pre-tax individual income) in the past 30 days from ... *[IF D3 DOES NOT = "EMPLOYED" AND THE VALUE IN D4a IS GREATER THAN ZERO, PROBE. IF D3 = "UNEMPLOYED, LOOKING FOR WORK" AND THE VALUE IN D4b = 0, PROBE. IF D3 = "UNEMPLOYED, RETIRED" AND THE VALUE IN D4c = 0, PROBE. IF D3 = "UNEMPLOYED, DISABLED" AND THE VALUE IN D4d = 0, PROBE.]*

		RF	DK
a. Wages	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Public assistance	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Retirement	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Disability	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Non-legal income	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Family and/or friends	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Other (Specify) _____	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Have you enough money to meet your needs?

- Not at all
- A little
- Moderately
- Mostly
- Completely
- REFUSED
- DON'T KNOW

E. CRIME AND CRIMINAL JUSTICE STATUS

1. In the past 30 days, how many times have you been arrested?

|____| |____| TIMES REFUSED DON'T KNOW

[IF NO ARRESTS, SKIP TO ITEM E3.]

2. In the past 30 days, how many times have you been arrested for drug-related offenses? *[THE VALUE IN E2 CANNOT BE GREATER THAN THE VALUE IN E1.]*

|____| |____| TIMES REFUSED DON'T KNOW

3. In the past 30 days, how many nights have you spent in jail/prison? *[IF THE VALUE IN E3 IS GREATER THAN 15, THEN C1 MUST = INSTITUTION (JAIL/PRISON). IF C1 = INSTITUTION (JAIL/PRISON), THEN THE VALUE IN E3 MUST BE GREATER THAN OR EQUAL TO 15.]*

|____| |____| NIGHTS REFUSED DON'T KNOW

4. In the past 30 days, how many times have you committed a crime? *[CHECK NUMBER OF DAYS USED ILLEGAL DRUGS IN ITEM B1c. ANSWER HERE IN E4 SHOULD BE EQUAL TO OR GREATER THAN NUMBER IN B1c BECAUSE USING ILLEGAL DRUGS IS A CRIME.]*

|____| |____| |____| TIMES REFUSED DON'T KNOW

5. Are you currently awaiting charges, trial, or sentencing?

- YES
- NO
- REFUSED
- DON'T KNOW

6. Are you currently on parole or probation?

- YES
- NO
- REFUSED
- DON'T KNOW

F. MENTAL AND PHYSICAL HEALTH PROBLEMS AND TREATMENT/RECOVERY

1. How would you rate your overall health right now?

- Excellent
- Very good
- Good
- Fair
- Poor
- REFUSED
- DON'T KNOW

2. During the past 30 days, did you receive:

a. Inpatient treatment for:

	<i>[IF YES]</i> Altogether				
	YES	for how many nights	NO	RF	DK
i. Physical complaint	<input type="radio"/>	_____ nights	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ii. Mental or emotional difficulties	<input type="radio"/>	_____ nights	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iii. Alcohol or substance abuse	<input type="radio"/>	_____ nights	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

b. Outpatient treatment for:

	<i>[IF YES]</i> Altogether				
	YES	for how many times	NO	RF	DK
i. Physical complaint	<input type="radio"/>	_____ times	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ii. Mental or emotional difficulties	<input type="radio"/>	_____ times	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iii. Alcohol or substance abuse	<input type="radio"/>	_____ times	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

c. Emergency room treatment for:

	<i>[IF YES]</i> Altogether				
	YES	for how many times	NO	RF	DK
i. Physical complaint	<input type="radio"/>	_____ times	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ii. Mental or emotional difficulties	<input type="radio"/>	_____ times	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iii. Alcohol or substance abuse	<input type="radio"/>	_____ times	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F. MENTAL AND PHYSICAL HEALTH PROBLEMS AND TREATMENT/RECOVERY (CONTINUED)

3. During the past 30 days, did you engage in sexual activity?

- Yes
- No *[SKIP TO F4.]*
- NOT PERMITTED TO ASK *[SKIP TO F4.]*
- REFUSED *[SKIP TO F4.]*
- DON'T KNOW *[SKIP TO F4.]*

[IF YES] Altogether, how many:

	Contacts	RF	DK
a. Sexual contacts (vaginal, oral, or anal) did you have?	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Unprotected sexual contacts did you have? <i>[THE VALUE IN F3b SHOULD NOT BE GREATER THAN THE VALUE IN F3a.] [IF ZERO, SKIP TO F4.]</i>	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Unprotected sexual contacts were with an individual who is or was <i>[NONE OF THE VALUES IN F3c1–F3c3 CAN BE GREATER THAN THE VALUE IN F3b.]</i>			
1. HIV positive or has AIDS	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. An injection drug user	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. High on some substance	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Have you ever been tested for HIV?

- Yes *[GO TO F4a.]*
- No *[SKIP TO F5.]*
- REFUSED *[SKIP TO F5.]*
- DON'T KNOW *[SKIP TO F5.]*

a. Do you know the results of your HIV testing?

- Yes
- No

5. How would you rate your quality of life?

- Very poor
- Poor
- Neither poor nor good
- Good
- Very good
- REFUSED
- DON'T KNOW

F. MENTAL AND PHYSICAL HEALTH PROBLEMS AND TREATMENT/RECOVERY (CONTINUED)

6. How satisfied are you with your health?

- Very dissatisfied
- Dissatisfied
- Neither satisfied nor dissatisfied
- Satisfied
- Very satisfied
- REFUSED
- DON'T KNOW

7. Do you have enough energy for everyday life?

- Not at all
- A little
- Moderately
- Mostly
- Completely
- REFUSED
- DON'T KNOW

8. How satisfied are you with your ability to perform your daily activities?

- Very dissatisfied
- Dissatisfied
- Neither satisfied nor dissatisfied
- Satisfied
- Very satisfied
- REFUSED
- DON'T KNOW

9. How satisfied are you with yourself?

- Very dissatisfied
- Dissatisfied
- Neither satisfied nor dissatisfied
- Satisfied
- Very satisfied
- REFUSED
- DON'T KNOW

F. MENTAL AND PHYSICAL HEALTH PROBLEMS AND TREATMENT/RECOVERY (CONTINUED)

10. In the past 30 days, not due to your use of alcohol or drugs, how many days have you:

	Days	RF	DK
a. Experienced serious depression	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Experienced serious anxiety or tension	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Experienced hallucinations	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Experienced trouble understanding, concentrating, or remembering	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Experienced trouble controlling violent behavior	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Attempted suicide	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Been prescribed medication for psychological/emotional problem	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[IF CLIENT REPORTS ZERO DAYS, RF, OR DK TO ALL ITEMS IN QUESTION F10, SKIP TO ITEM F12.]

11. How much have you been bothered by these psychological or emotional problems in the past 30 days?

- Not at all
- Slightly
- Moderately
- Considerably
- Extremely
- REFUSED
- DON'T KNOW

F. VIOLENCE AND TRAUMA

12. Have you ever experienced violence or trauma in any setting (including community or school violence; domestic violence; physical, psychological, or sexual maltreatment/assault within or outside of the family; natural disaster; terrorism; neglect; or traumatic grief)?

- YES
- NO
- REFUSED
- DON'T KNOW

[IF NO, REFUSED, OR DON'T KNOW, SKIP TO ITEM F13.]

Did any of these experiences feel so frightening, horrible, or upsetting that, in the past and/or the present, you:

12a. Have had nightmares about it or thought about it when you did not want to?

- YES
- NO
- REFUSED
- DON'T KNOW

F. VIOLENCE AND TRAUMA (CONTINUED)

12b. Tried hard not to think about it or went out of your way to avoid situations that remind you of it?

- YES
- NO
- REFUSED
- DON'T KNOW

12c. Were constantly on guard, watchful, or easily startled?

- YES
- NO
- REFUSED
- DON'T KNOW

12d. Felt numb and detached from others, activities, or your surroundings?

- YES
- NO
- REFUSED
- DON'T KNOW

13. In the past 30 days, how often have you been hit, kicked, slapped, or otherwise physically hurt?

- Never
- A few times
- More than a few times
- REFUSED
- DON'T KNOW

G. SOCIAL CONNECTEDNESS

1. **In the past 30 days, did you attend any voluntary self-help groups for recovery that were not affiliated with a religious or faith-based organization? In other words, did you participate in a nonprofessional, peer-operated organization that is devoted to helping individuals who have addiction-related problems, such as Alcoholics Anonymous, Narcotics Anonymous, Oxford House, Secular Organization for Sobriety, or Women for Sobriety, etc.?**
- YES **[IF YES] SPECIFY HOW MANY TIMES** |__|__| REFUSED DON'T KNOW
 NO
 REFUSED
 DON'T KNOW
2. **In the past 30 days, did you attend any religious/faith-affiliated recovery self-help groups?**
- YES **[IF YES] SPECIFY HOW MANY TIMES** |__|__| REFUSED DON'T KNOW
 NO
 REFUSED
 DON'T KNOW
3. **In the past 30 days, did you attend meetings of organizations that support recovery other than the organizations described above?**
- YES **[IF YES] SPECIFY HOW MANY TIMES** |__|__| REFUSED DON'T KNOW
 NO
 REFUSED
 DON'T KNOW
4. **In the past 30 days, did you have interaction with family and/or friends that are supportive of your recovery?**
- YES
 NO
 REFUSED
 DON'T KNOW
5. **To whom do you turn when you are having trouble? [SELECT ONLY ONE.]**
- NO ONE
 CLERGY MEMBER
 FAMILY MEMBER
 FRIENDS
 REFUSED
 DON'T KNOW
 OTHER (SPECIFY) _____
6. **How satisfied are you with your personal relationships?**
- Very dissatisfied
 Dissatisfied
 Neither satisfied nor dissatisfied
 Satisfied
 Very satisfied
 REFUSED
 DON'T KNOW

Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA)

Centro de Tratamiento del Abuso de Sustancias (CSAT)

Medidas de resultados de los clientes para programas discrecionales de la Ley de Desempeño y Resultados del Gobierno (GPRA)

Sistema de Informes y Rendición de Cuentas sobre el Desempeño (SPARS) de SAMHSA
Marzo de 2019

Se estima que la duración promedio de la carga pública de efectuar informes en relación con esta recopilación de información es de 36 minutos por respuesta, incluido el tiempo que lleva revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información, si se le hacen todas las preguntas a un cliente/participante. Como los prestadores de servicios médicos ya obtienen gran parte de esta información durante la admisión o el seguimiento constantes de los clientes/participantes, se requerirá menos tiempo. Envíe cualquier comentario que tenga sobre el cálculo de duración de esta carga o cualquier otro aspecto relacionado con esta recopilación de información a Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Reports Clearance Officer, Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Ninguna agencia puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, y ninguna persona está obligada a responder a tal recopilación, a menos que se muestre un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuestos (OMB) vigente válido. El número de control de este proyecto es 0930-0208.

[Esta página se dejó en blanco intencionalmente]

Índice

A.	GESTIÓN DE REGISTROS	1
A.	DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL	2
A.	SERVICIOS PLANIFICADOS	9
A.	DATOS DEMOGRÁFICOS	10
A.	FAMILIAS DE MILITARES Y DESPLIEGUE POR MOTIVOS MILITARES.....	11
B.	CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL.....	13
C.	FAMILIA Y CONDICIONES DE VIDA	15
D.	EDUCACIÓN, EMPLEO E INGRESOS	17
E.	SITUACIÓN PENAL Y RELACIONADA CON LA JUSTICIA PENAL	18
F.	PROBLEMAS DE SALUD MENTALES Y FÍSICOS, Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN	19
F.	VIOLENCIA Y TRAUMA	22
G.	RELACIONES SOCIALES	24
H.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	25
H1.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	26
H2.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	27
H3.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	28
H4.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	29
H5.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	30
H6.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	31
H7.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	32
H8.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	34
H9.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	35
H10.	PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA.....	36
I.	ESTADO DE SEGUIMIENTO	38
J.	ESTADO DEL ALTA MÉDICA	38
K.	SERVICIOS RECIBIDOS.....	40

[Esta página se dejó en blanco intencionalmente]

A. GESTIÓN DE REGISTROS

ID del cliente |||||||||||

Tipo de cliente:

- Cliente en tratamiento
 Cliente en recuperación

ID del contrato/subvención ||||||||||

Tipo de entrevista ***[ENCIERRE EN UN CÍRCULO SOLAMENTE UN TIPO.]***

Admisión ***[PASE A LA FECHA DE LA ENTREVISTA.]***

Seguimiento de 6 meses: ¿Realizó una entrevista de seguimiento? Sí No
[SI LA RESPUESTA ES NO, PASE DIRECTAMENTE A LA SECCIÓN I.]

Seguimiento de 3 meses ***[PARA PROGRAMAS SELECCIONADOS]:***

¿Realizó una entrevista de seguimiento? Sí No
[SI LA RESPUESTA ES NO, PASE DIRECTAMENTE A LA SECCIÓN I.]

Alta médica: ¿Realizó una entrevista de alta médica? Sí No
[SI LA RESPUESTA ES NO, PASE DIRECTAMENTE A LA SECCIÓN J.]

Fecha de la entrevista ||| / ||| / ||||
Mes Día Año

A. DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL

[INFORMADOS POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA.]

Indique los diagnósticos actuales relacionados con la salud conductual del cliente usando los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a revisión, Modificación Clínica (ICD-10-CM) que se detallan a continuación. Tenga en cuenta que algunos códigos de la ICD-10-CM relacionados con trastornos de consumo de sustancias se han vinculado a los códigos descriptivos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5)*. Seleccione hasta tres diagnósticos. Para cada diagnóstico seleccionado, indique si es el diagnóstico primario, secundario o terciario, en caso de conocerse. Solamente puede haber un diagnóstico primario, un diagnóstico secundario y un diagnóstico terciario.

Diagnósticos relacionados con la salud conductual	¿Se diagnosticó?	Para cada diagnóstico seleccionado, indique si es el diagnóstico primario, secundario o terciario, en caso de conocerse		
	Seleccione hasta 3	Primario	Secundario	Terciario
DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS				
<u>Trastornos relacionados con el consumo de alcohol</u>				
F10.10 – Trastorno de consumo de alcohol, sin complicaciones, leve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F10.11 – Trastorno de consumo de alcohol, leve, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F10.20 – Trastorno de consumo de alcohol, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F10.21 – Trastorno de consumo de alcohol moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F10.9 – Consumo de alcohol, sin especificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Trastornos relacionados con el consumo de opioides</u>				
F11.10 – Trastorno de consumo de opioides, sin complicaciones, leve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F11.11 – Trastorno de consumo de opioides, leve, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F11.20 – Trastorno de consumo de opioides, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F11.21 – Trastorno de consumo de opioides, moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F11.9 – Consumo de opioides, sin especificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Trastornos relacionados con el consumo de cannabis</u>				
F12.10 – Trastorno de consumo de cannabis, sin complicaciones, leve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F12.11 – Trastorno de consumo de cannabis, leve, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F12.20 – Trastorno de consumo de cannabis, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F12.21 – Trastorno de consumo de cannabis, moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F12.9 – Consumo de cannabis, sin especificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Trastornos relacionados con el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos</u>				
F13.10 – Trastorno de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin complicaciones, leve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F13.11 – Trastorno de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, leve, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A. DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL (CONTINUACIÓN)

Diagnósticos relacionados con la salud conductual	¿Se diagnosticó?	Para cada diagnóstico seleccionado, indique si es el diagnóstico primario, secundario o terciario, en caso de conocerse.		
	Selecione hasta 3	Primario	Secundario	Terciario
F13.20 – Trastorno de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F13.21 – Trastorno de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F13.9 – Consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin especificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Trastornos relacionados con el consumo de cocaína</u>				
F14.10 – Trastorno de consumo de cocaína, sin complicaciones, leve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F14.11 – Trastorno de consumo de cocaína, leve, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F14.20 – Trastorno de consumo de cocaína, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F14.21 – Trastorno de consumo de cocaína, moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F14.9 – Consumo de cocaína, sin especificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Trastornos relacionados con el consumo de otros estimulantes</u>				
F15.10 – Trastorno de consumo de otros estimulantes, sin complicaciones, leve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F15.11 – Trastorno de consumo de otros estimulantes, leve, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F15.20 – Trastorno de consumo de otros estimulantes, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F15.21 – Trastorno de consumo de otros estimulantes moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F15.9 – Consumo de otros estimulantes, sin especificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Trastornos relacionados con el consumo de alucinógenos</u>				
F16.10 – Trastorno de consumo de alucinógenos, sin complicaciones, leve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F16.11 – Trastorno de consumo de alucinógenos, leve, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F16.20 – Trastorno de consumo de alucinógenos, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F16.21 – Trastorno de consumo de alucinógenos, moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F16.9 – Consumo de alucinógenos, sin especificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Trastornos relacionados con el consumo de inhalantes</u>				
F18.10 – Trastorno de consumo de inhalantes, sin complicaciones, leve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F18.11 – Trastorno de consumo de inhalantes, leve, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F18.20 – Trastorno de consumo de inhalantes, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F18.21 – Trastorno de consumo de inhalantes, moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F18.9 – Consumo de inhalantes, sin especificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A. DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL (CONTINUACIÓN)

Diagnósticos relacionados con la salud conductual	¿Se diagnosticó?	Para cada diagnóstico seleccionado, indique si es el diagnóstico primario, secundario o terciario, en caso de conocerse		
	Selecione hasta 3	Primario	Secundario	Terciario
<u>Trastornos relacionados con el consumo de otras sustancias psicoactivas</u>				
F19.10 – Trastorno de consumo de otras sustancias psicoactivas, sin complicaciones, leve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F19.11 – Trastorno de consumo de otras sustancias psicoactivas en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F19.20 – Trastorno de consumo de otras sustancias psicoactivas, sin complicaciones, moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F19.21 – Trastorno de consumo de otras sustancias psicoactivas moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F19.9 – Consumo de otras sustancias psicoactivas, sin especificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Dependencia a la nicotina</u>				
F17.20 – Trastorno de consumo de tabaco leve/moderado/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F17.21 – Trastorno de consumo de tabaco leve/moderado/grave, en remisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL</u>				
F20 – Esquizofrenia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F21 – Trastorno esquizotípico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F22 – Trastorno delirante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F23 – Trastorno psicótico breve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F24 – Trastorno psicótico compartido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F25 – Trastorno esquizoafectivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F28 – Otro trastorno psicótico no causado por una sustancia o afección psicológica conocida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F29 – Psicosis no especificada no causada por una sustancia o afección psicológica conocida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F30 – Episodio maníaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F31 – Trastorno bipolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F32 – Trastorno depresivo mayor, episodio único	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F33 – Trastorno depresivo mayor, recurrente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F34 – Trastornos del estado de ánimo [afectivos] persistentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F39 – Trastorno del estado de ánimo [afectivo] no especificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F40-F48 – Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con el estrés, somatoformes y otros trastornos mentales no psicóticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F50 – Trastornos alimenticios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F51 – Trastornos del sueño no causados por una sustancia o afección psicológica conocida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F60.2 – Trastorno de personalidad antisocial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F60.3 – Trastorno límite de la personalidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A. DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL (CONTINUACIÓN)

Diagnósticos relacionados con la salud conductual	¿Se diagnosticó?	Para cada diagnóstico seleccionado, indique si es el diagnóstico primario, secundario o terciario, en caso de conocerse		
	Seleccione hasta 3	Primario	Secundario	Terciario
F60.0, F60.1, F60.4–F69 – Otros trastornos de la personalidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F70–F79 – Discapacidades intelectuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F80–F89 – Trastornos generalizados o específicos del desarrollo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F90 – Trastornos por déficit de atención e hiperactividad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F91 – Trastornos del comportamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F93 – Trastornos emocionales que aparecieron en la infancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F94 – Trastornos de la función social que aparecieron en la infancia o adolescencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F95 – Trastorno de tic	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F98 – Otros trastornos conductuales y emocionales cuya aparición suele darse en la infancia y adolescencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F99 – Trastorno mental no especificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

No sabe

Ninguno de los anteriores

A. DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL (CONTINUACIÓN)

1. En los últimos 30 días, ¿se le diagnosticó un trastorno de consumo de opioides a este cliente?

- Sí
- No
- No sabe

a. En los últimos 30 días, ¿qué medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE. UU. (FDA) recibió el cliente para tratar un trastorno de consumo de opioides?

- Metadona *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió |__|__|
- Buprenorfina *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió |__|__|
- Naltrexona *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió |__|__|
- Naltrexona de liberación prolongada *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió |__|__|
- El cliente fue diagnosticado con un trastorno de consumo de opioides, pero no recibió un medicamento aprobado por la FDA para tratar un trastorno de consumo de opioides.
- El cliente no fue diagnosticado con un trastorno de consumo de opioides y no recibió un medicamento aprobado por la FDA para tratar un trastorno de consumo de opioides
- No sabe

2. En los últimos 30 días, ¿se le diagnosticó un trastorno de consumo de alcohol a este cliente?

- Sí
- No
- No sabe

a. En los últimos 30 días, ¿qué medicamento aprobado por la FDA recibió el cliente para tratar un trastorno de consumo de alcohol?

- Naltrexona *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió |__|__|
- Naltrexona de liberación prolongada *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió |__|__|
- Disulfiram *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió |__|__|
- Acamprosato *[SI LO RECIBIÓ]* Especifique durante cuántos días lo recibió |__|__|
- El cliente fue diagnosticado con un trastorno de consumo de alcohol, pero no recibió un medicamento aprobado por la FDA para tratar un trastorno de consumo de alcohol
- El cliente no fue diagnosticado con un trastorno de consumo de alcohol y no recibió un medicamento aprobado por la FDA para tratar un trastorno de consumo de alcohol
- No sabe

[ENTREVISTAS DE SEGUIMIENTO Y DE ALTA MÉDICA: VAYA A LA SECCIÓN B.]

3. ¿El programa le realizó una prueba de detección al cliente para determinar si tenía trastornos de la salud mental y de consumo de sustancias simultáneos?

- Sí
- No *[VAYA A LA SECCIÓN 3a.]*

a. *[EN CASO AFIRMATIVO]* ¿La prueba de detección de trastornos de la salud mental y de consumo de sustancias simultáneos le dio positiva al cliente?

- Sí
- No

[SI SE TRATA DE SUBVENCIONES DE DETECCIÓN, INTERVENCIÓN BREVE Y DERIVACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO (SBIRT), CONTINÚE. DE LO CONTRARIO, VAYA A LA SECCIÓN A. “SERVICIOS PLANIFICADOS”.]

A. DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA SALUD CONDUCTUAL (CONTINUACIÓN)

ESTA SECCIÓN ES ÚNICAMENTE PARA SUBVENCIONES DE SBIRT [LOS PUNTOS 4, 4A Y 5 SOLAMENTE SE INFORMAN DURANTE LA ADMISIÓN/EN EL PERÍODO INICIAL.]

4. ¿Cuál fue el resultado de la prueba de detección de SBIRT del cliente?

- Negativo
- Positivo

4a. ¿Cuál fue su puntaje de detección?

Prueba de identificación de trastornos de consumo de alcohol (AUDIT)	=	_ _ _
CAGE	=	_ _ _
Prueba de detección de abuso de drogas (DAST)	=	_ _ _
DAST-10	=	_ _ _
Guía del Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA)	=	_ _ _
Prueba de detección de alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias (ASSIST)/Subpuntaje de alcoholismo	=	_ _ _
Otro (especifique)	=	_ _ _

5. ¿El cliente deseaba continuar participando en el programa de SBIRT?

- Sí
- No

A. SERVICIOS PLANIFICADOS

[SEGÚN LO INFORMADO POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA RESPECTO DEL CLIENTE SOLAMENTE DURANTE LA ADMISIÓN/EL PERÍODO INICIAL.]

Identifique los servicios que planea proporcionarle al cliente durante el transcurso del tratamiento/la recuperación del cliente. **[SELECCIONE “SÍ” O “NO” PARA CADA CASO.]**

Modalidad	Sí	No
[SELECCIONE AL MENOS UNA MODALIDAD.]		
1. Administración de casos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tratamiento durante el día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Internación/hospitalización (por cualquier causa distinta de la desintoxicación)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tratamiento ambulatorio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Extensión comunitaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tratamiento ambulatorio intensivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Metadona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Tratamiento residencial/rehabilitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Desintoxicación (seleccione solo una opción)		
A. Internación hospitalaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Tratamiento residencial autónomo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. Desintoxicación ambulatoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Cuidado postratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Apoyo durante la recuperación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Otro (especifique) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[SELECCIONE AL MENOS UN SERVICIO.]

Servicios de tratamiento	Sí	No
[SUBVENCIONES DE SBIRT: DEBE SELECCIONAR “SÍ” AL MENOS EN UN SERVICIO DE TRATAMIENTO DE LAS OPCIONES 1 A 4.]		
1. Detección	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Intervención breve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tratamiento breve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Derivación para recibir tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Evaluación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Planificación de tratamiento/recuperación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Terapia individual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Terapia grupal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terapia familiar/matrimonial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Servicios de tratamiento/recuperación simultáneos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Intervenciones farmacológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Terapia de VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Otros servicios clínicos (especifique) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Servicios de administración de casos	Sí	No
1. Servicios para la familia (incluidos los servicios de educación matrimonial, crianza y crecimiento infantil)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Cuidado de niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Servicios de empleo		
A. Servicios anteriores al empleo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Preparación para el empleo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Coordinación de servicios individuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Servicio relacionado con el VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Servicios de vivienda temporaria de apoyo sin drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Otros servicios de administración de casos (especifique) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Servicios médicos	Sí	No
1. Atención médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Pruebas de alcoholismo/drogadicción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Pruebas y apoyo para el VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Otros servicios médicos (especifique) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Servicios de cuidado postratamiento	Sí	No
1. Atención continua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Prevención de recaídas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Preparación para la recuperación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Grupos de autoayuda y de apoyo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Apoyo espiritual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Otros servicios de cuidado postratamiento (especifique) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Servicios educativos	Sí	No
1. Educación sobre el abuso de sustancias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Educación sobre el VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Otros servicios educativos (especifique) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Servicios de apoyo entre pares durante la recuperación	Sí	No
1. Orientación o tutoría entre pares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Apoyo relacionado con la vivienda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Actividades sociales sin alcohol ni drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Información y derivaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Otros servicios de apoyo entre pares durante la recuperación (especifique) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A. DATOS DEMOGRÁFICOS

[SE PREGUNTA SOBRE ELLOS SOLAMENTE DURANTE LA ADMISIÓN/EL PERÍODO INICIAL.]

1. ¿Cuál es su género?

- MASCULINO
- FEMENINO
- TRANSGÉNERO
- OTRO (ESPECIFIQUE) _____
- SE NEGÓ A CONTESTAR

2. ¿Es usted hispano o latino?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR

[EN CASO AFIRMATIVO] ¿A qué grupo étnico considera que pertenece? Conteste “sí” o “no” a cada una de las preguntas siguientes. Puede contestar “sí” a más de una.

Grupo étnico	Sí	No	Se negó a contestar
Centroamericano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cubano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dominicano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mexicano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Portorriqueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sudamericano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro (ESPECIFIQUE) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> [EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE ABAJO.]

3. ¿De qué raza es? Conteste “sí” o “no” a cada una de las preguntas siguientes. Puede contestar “sí” a más de una.

Raza	Sí	No	Se negó a contestar
Negro o afroamericano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nativo de Alaska	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blanco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nativo americano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?*

_____|_____| / ____|_____| [*EL SISTEMA SOLO GUARDA EL MES Y EL AÑO.
Mes Día PARA MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD, NO SE GUARDA EL DÍA.]

_____|_____|_____|_____|
Año

- SE NEGÓ A CONTESTAR

A. FAMILIAS DE MILITARES Y DESPLIEGUE POR MOTIVOS MILITARES

5. ¿Alguna vez ha prestado servicios en las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional? [SI PRESTÓ SERVICIOS] ¿En qué área de las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional prestó servicios?

- NO
- SÍ, EN LAS FUERZAS ARMADAS
- SÍ, EN LAS RESERVAS
- SÍ, EN LA GUARDIA NACIONAL
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

[SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, SE NEGÓ A CONTESTAR O NO SABE, VAYA A LA PREGUNTA A6.]

5a. ¿Actualmente está prestando servicios en las Fuerzas Armadas, la Reserva o la Guardia Nacional? [SI ESTÁ ACTIVO] ¿En qué área de las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional está prestando servicios?

- NO, SE DESVINCULÓ O SE JUBILÓ DE LAS FUERZAS ARMADAS, LAS RESERVAS O LA GUARDIA NACIONAL
- SÍ, EN LAS FUERZAS ARMADAS
- SÍ, EN LAS RESERVAS
- SÍ, EN LA GUARDIA NACIONAL
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

5b. ¿Alguna vez lo han enviado a una zona de combate? [MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]

- NUNCA
- IRAK O AFGANISTÁN (POR EJ., Operación Libertad Duradera [OEF]/ Operación Libertad para Irak [OIF]/ Operación Nuevo Amanecer [OND])
- GOLFO PÉRSICO (OPERACIÓN ESCUDO DEL DESIERTO O TORMENTA DEL DESIERTO)
- VIETNAM/SUDESTE ASIÁTICO
- COREA
- SEGUNDA GUERRA MUNDIAL
- ENVIADO A UNA ZONA DE COMBATE NO INCLUIDA ANTERIORMENTE (POR EJ., BOSNIA/SOMALIA)
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

[CESIONARIOS DE SBIRT: EN EL CASO DE LOS CLIENTES CUYA PRUEBA DE DETECCIÓN DIO NEGATIVA, LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN AHORA ESTÁ COMPLETA.]

A. FAMILIAS DE MILITARES Y DESPLIEGUE POR MOTIVOS MILITARES (CONTINUACIÓN)

6. ¿Actualmente alguien de su familia o alguna persona cercana a usted está prestando servicios de manera activa o está jubilado o separado de las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional?

- NO
- SÍ, SOLO UNA PERSONA
- SÍ, MÁS DE UNA PERSONA
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

[SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, SE NEGÓ A CONTESTAR O NO SABE, VAYA A LA SECCIÓN B.]

<i>[SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, PUEDE PROPORCIONAR RESPUESTAS RESPECTO DE 6 PERSONAS COMO MÁXIMO.] ¿Cuál es el parentesco entre usted y esa persona (miembro del servicio)? [ESCRIBA EL PARENTESCO EN LA PARTE SUPERIOR DE LA COLUMNA.]</i>						
	1 = Madre	2 = Padre				
	3 = Hermano	4 = Hermana				
	5 = Cónyuge	6 = Pareja				
	7 = Hijo/a	8 = Otro (especifique) _____				
¿El miembro del servicio experimentó algo de lo siguiente? [MARQUE LA RESPUESTA EN LA COLUMNA ADECUADA PARA TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.]	(Parentesco) 1.	(Parentesco) 2.	(Parentesco) 3.	(Parentesco) 4.	(Parentesco) 5.	(Parentesco) 6.
6a. ¿Fue desplazado para apoyar operaciones de combate (por ej., Irak o Afganistán)?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE
6b. ¿Sufrió alguna lesión física durante las operaciones de combate?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE
6c. ¿Desarrolló síntomas de estrés relacionados con el combate/dificultades para adaptarse luego de ser desplazado, incluido el trastorno de estrés postraumático (PTSD), depresión o pensamientos suicidas?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE
6d. ¿Murió o lo mataron?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SE NEGÓ A CONTESTAR <input type="radio"/> NO SABE

B. CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL

	Cantidad de días	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
1. Durante los últimos 30 días, ¿por cuántos días ha consumido las siguientes sustancias?			
a. Cualquier tipo de alcohol <i>[SI LA RESPUESTA ES CERO, VAYA AL PUNTO B1c.]</i>	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b1. Alcohol hasta intoxicarse (más de 5 tragos en una sola ocasión)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b2. Alcohol hasta intoxicarse (menos de 4 tragos en una sola ocasión y se sintió intoxicado)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Drogas ilegales <i>[SI LA RESPUESTA AL PUNTO B1a O B1c ES 0, SE NEGÓ A CONTESTAR (SNC), NO SABE (NS), VAYA AL PUNTO B2.]</i>	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Alcohol y drogas (el mismo día)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tipos de vías de administración:

1. Oral 2. Nasal 3. Cigarrillo 4. Inyección no intravenosa (I.V.) 5. I.V.

*ANOTE LA VÍA HABITUAL. SI SE USÓ MÁS DE UNA VÍA, ELIJA LA MÁS GRAVE. LAS VÍAS SE ENUMERAN DE LA MENOS GRAVE (1) A LA MÁS (5) GRAVE.

2. Durante los últimos 30 días, ¿por cuántos días ha consumido alguna de las siguientes sustancias? *[SI EL VALOR DE CUALQUIERA DE LOS PUNTOS B2a A B2i ES >0, EL VALOR DE B1c DEBE SER >0.]*

	Cantidad de días	SNC	NS	Vía*	SNC	NS
a. Cocaína/crack	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Marihuana/hachís (mota, porro, puro relleno de marihuana, marihuana de muy buena calidad, hierba, María Juana)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Opiáceos:						
1. Heroína (Smack, H, Junk, Skag)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Morfina	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Dilaudid	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Demerol	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Percocet	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Darvon	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Codeína	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Tylenol 2, 3, 4	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. OxyContin/Oxicodona	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Metadona no recetada	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Alucinógenos/psicodélicos, PCP (Angel Dust, Ozone, Wack, Rocket Fuel), MDMA (éxtasis, XTC, X, Adam), LSD (ácido, boomer, yellow sunshine), hongos o mescalina	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Metanfetamina u otras anfetaminas (meta, estimulantes, Speed, hielo, tiza, cristal, vidrio, Fire, Crank)	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL (CONTINUACIÓN)

Tipos de vías de administración:

1. Oral 2. Nasal 3. Fumado 4. Inyección no I.V. 5. I.V.

*ANOTE LA VÍA HABITUAL. SI SE USÓ MÁS DE UNA VÍA, ELIJA LA MÁS GRAVE. LAS VÍAS SE ENUMERAN DE LA MENOS GRAVE (1) A LA MÁS (5) GRAVE.

2. Durante los últimos 30 días, ¿por cuántos días ha consumido alguna de las siguientes sustancias? [SI EL VALOR DE CUALQUIERA DE LOS PUNTOS B2a A B2i ES >0, EL VALOR DE B1c DEBE SER >0.]

	Cantidad de días		Vía*	
	SNC	NS	SNC	NS
g. 1. Benzodiazepinas: diazepam (Valium), alprazolam (Xanax), triazolam (Halcion) y estasolam (Prosom y Rohypnol, también conocido como roofies, roche y cope)	_ _ _	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
2. Barbitúricos: mefobarbital (Mebacut) y pentobarbital sódico (Nembutal)	_ _ _	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
3. GHB no recetado (conocido como Grievous Bodily Harm, éxtasis líquido y Georgia Home Boy)	_ _ _	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
4. Ketamina (conocida como Special K o vitamina K)	_ _ _	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
5. Otros tranquilizantes, sedantes o hipnóticos	_ _ _	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
h. Inhalantes (poppers, crujidores, rush, aerosoles de crema batida)	_ _ _	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
i. Otras drogas ilegales (especifique) _____	_ _ _	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_ _	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

3. Durante los últimos 30 días, ¿se ha inyectado drogas? [SI CUALQUIER VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE LOS PUNTOS B2a A B2i ES IGUAL A 4 o 5, ENTONCES B3 TIENE QUE SER = SÍ.]

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

[SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, SE NEGÓ A CONTESTAR O NO SABE, VAYA A LA SECCIÓN C.]

4. Durante los últimos 30 días, ¿con que frecuencia utilizó una jeringa/aguja, cocina, algodón o agua que había usado otra persona?

- Siempre
- Más de la mitad de las veces
- La mitad de las veces
- Menos de la mitad de las veces
- Nunca
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

C. FAMILIA Y CONDICIONES DE VIDA

1. **En los últimos 30 días, ¿dónde ha estado viviendo la mayor parte del tiempo? [NO LE LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTAS AL CLIENTE.]**
- EN UN REFUGIO (LUGAR SEGURO, CENTRO TRANSITORIO [TLC], ALOJAMIENTO DE BAJA DEMANDA, OTROS ALOJAMIENTOS TRANSITORIOS PARA EL DÍA O LA NOCHE)
 - EN LA CALLE/AL AIRE LIBRE (ACERA, ENTRADA, PARQUE, EDIFICIO PÚBLICO O ABANDONADO)
 - INSTITUCIÓN (HOSPITAL, RESIDENCIA DE ANCIANOS, CÁRCEL/PRISIÓN)
 - EN UNA CASA: **[SI TIENE CASA, SELECCIONE LA SUBCATEGORÍA CORRESPONDIENTE:]**
 - APARTAMENTO, CASA O HABITACIÓN PROPIOS O ALQUILADOS
 - APARTAMENTO, CASA O HABITACIÓN DE OTRA PERSONA
 - DORMITORIO/RESIDENCIA UNIVERSITARIA
 - HOGAR DE TRANSICIÓN
 - TRATAMIENTO RESIDENCIAL
 - OTRO TIPO DE VIVIENDA (ESPECIFIQUE) _____
 - SE NEGÓ A CONTESTAR
 - NO SABE
2. **¿Cuán satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?**
- Muy insatisfecho
 - Insatisfecho
 - Ni satisfecho ni insatisfecho
 - Satisfecho
 - Muy satisfecho
 - SE NEGÓ A CONTESTAR
 - NO SABE
3. **Durante los últimos 30 días, ¿cuánto estrés tuvo debido al consumo de alcohol u otras drogas? [SI EL VALOR DE B1a Q B1c ES >0, C3 NO PUEDE SER “NO CORRESPONDE”.]**
- Nada
 - Un poco
 - Considerablemente
 - Extremadamente
 - NO CORRESPONDE [USE ESTA OPCIÓN SOLAMENTE SI EL VALOR DE B1a Y B1c ES 0.]
 - SE NEGÓ A CONTESTAR
 - NO SABE
4. **Durante los últimos 30 días, ¿el consumo de alcohol u otras drogas le hizo disminuir o abandonar actividades importantes? [SI EL VALOR DE B1a Q B1c ES >0, C4 NO PUEDE SER “NO CORRESPONDE”.]**
- Nada
 - Un poco
 - Considerablemente
 - Extremadamente
 - NO CORRESPONDE [USE ESTA OPCIÓN SOLAMENTE SI EL VALOR DE B1a Y B1c ES 0.]
 - SE NEGÓ A CONTESTAR
 - NO SABE

C. FAMILIA Y CONDICIONES DE VIDA (CONTINUACIÓN)

5. Durante los últimos 30 días, ¿el consumo de alcohol u otras drogas le provocó problemas emocionales? *[SI EL VALOR DE B1a Q B1c ES >0, C5 NO PUEDE SER “NO CORRESPONDE”.]*

- Nada
- Un poco
- Considerablemente
- Extremadamente
- NO CORRESPONDE *[USE ESTA OPCIÓN SOLAMENTE SI EL VALOR DE B1a Y B1c ES 0.]*
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

6. *[SI NO ES HOMBRE]* ¿Está embarazada actualmente?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

7. ¿Tiene hijos?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

[SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, SE NEGÓ A CONTESTAR O NO SABE, VAYA A LA SECCIÓN D.]

a. ¿Cuántos hijos tiene? *[SI LA RESPUESTA DE C7 ES AFIRMATIVA, EL VALOR DE C7a DEBE SER >0.]*

____ | ____ | SE NEGÓ A CONTESTAR NO SABE

b. ¿Alguno de sus hijos vive con otra persona debido a una orden judicial de protección de menores?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

[SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, SE NEGÓ A CONTESTAR O NO SABE, VAYA AL PUNTO C7D.]

c. *[SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA]* ¿Cuántos de sus hijos viven con otra persona debido a una orden judicial de protección de menores? *[EL VALOR DE C7c NO PUEDE SUPERAR EL VALOR DE C7a.]*

____ | ____ | SE NEGÓ A CONTESTAR NO SABE

d. ¿De cuántos de sus hijos perdió la patria potestad? *[LOS DERECHOS DE PATRIA POTESTAD DEL CLIENTE SE ANULARON.] [EL VALOR DEL PUNTO C7d NO PUEDE SUPERAR EL VALOR DE C7a.]*

____ | ____ | SE NEGÓ A CONTESTAR NO SABE

D. EDUCACIÓN, EMPLEO E INGRESOS

1. **¿Está inscrito actualmente en una escuela o programa de capacitación laboral? [SI ESTÁ INSCRITO] ¿Es a tiempo completo o parcial? [SI EL CLIENTE ESTÁ ENCARCELADO, SELECCIONE LA OPCIÓN “NO ESTÁ INSCRITO” DEL PUNTO D1.]**

- NO ESTÁ INSCRITO
- ESTÁ INSCRITO A TIEMPO COMPLETO
- ESTÁ INSCRITO A TIEMPO PARCIAL
- OTRO (ESPECIFIQUE) _____
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

2. **¿Cuál es el máximo nivel de estudios alcanzado, independientemente de que haya obtenido un título o no?**

- NO ASISTIÓ NUNCA
- 1^{er} GRADO
- 2^o GRADO
- 3^{er} GRADO
- 4^o GRADO
- 5^o GRADO
- 6^o GRADO
- 7^o GRADO
- 8^o GRADO
- 9^o GRADO
- 10^o GRADO
- 11^o GRADO
- 12^o GRADO/TÍTULO DE SECUNDARIA/EQUIVALENTE
- 1^{er} AÑO DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS COMPLETADO
- 2^o AÑO DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS COMPLETADO/GRADO DE ASOCIADO (ASSOCIATE OF ARTS [AA], ASSOCIATE OF SCIENCE [AS])
- 3^{er} AÑO DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS COMPLETADO
- TÍTULO DE GRADO (BACHELOR OF ARTS [BA], BACHELOR OF SCIENCE [BS]) O SUPERIOR
- PROGRAMA VOCACIONAL/TÉCNICO POSTERIOR A LA SECUNDARIA, PERO NO OBTUVO UN TÍTULO VOC./TÉC.
- TÍTULO VOCACIONAL/TÉCNICO POSTERIOR A LA SECUNDARIA
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

3. **¿Actualmente está empleado? [ACLARE CENTRÁNDOSE EN EL ESTADO RESPECTO DE LA MAYOR PARTE DE LA ÚLTIMA SEMANA Y DETERMINE SI EL CLIENTE TRABAJÓ O TUVO UN TRABAJO REGULAR, PERO FALTÓ AL TRABAJO.] SI EL CLIENTE SELECCIONÓ LA OPCIÓN “INSCRITO A TIEMPO COMPLETO” EN D1 E INDICA “EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO” EN D3, PÍDALE QUE ACLARE LA SITUACIÓN. SI EL CLIENTE ESTÁ ENCARCELADO Y NO TIENE EMPLEO FUERA DE LA CÁRCEL, SELECCIONE LA OPCIÓN “DESEMPLEADO, NO ESTÁ BUSCANDO TRABAJO” EN EL PUNTO D3.]**

- EMPLEADO DE TIEMPO COMPLETO (ESTUVO O DEBERÍA HABER ESTADO MÁS DE 35 HORAS POR SEMANA EN EL TRABAJO)
- EMPLEADO A TIEMPO PARCIAL
- DESEMPLEADO, PERO BUSCANDO TRABAJO
- DESEMPLEADO, DISCAPACITADO
- DESEMPLEADO, PERO CON TRABAJO VOLUNTARIO
- DESEMPLEADO, JUBILADO
- DESEMPLEADO Y NO ESTÁ BUSCANDO TRABAJO
- OTRO (ESPECIFIQUE) _____
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

D. EDUCACIÓN, EMPLEO E INGRESOS (CONTINUACIÓN)

4. Aproximadamente, ¿cuánto dinero recibió USTED en los últimos 30 días (ingresos individuales previos a la deducción de impuestos) como resultado de... *[SI NO SE ELIGIÓ LA OPCIÓN “EMPLEADO” EN EL PUNTO D3 Y EL VALOR DE D4a ES MAYOR QUE CERO, INDAGUE MÁS. SI SE SELECCIONÓ LA OPCIÓN “DESEMPLEADO, PERO BUSCANDO TRABAJO” EN EL PUNTO D3 Y EL VALOR DE D4b ES 0, INDAGUE MÁS. SI SE SELECCIONÓ “DESEMPLEADO, JUBILADO” EN EL PUNTO D3 Y EL VALOR DE D4c ES 0, INDAGUE MÁS. SI SE SELECCIONÓ LA OPCIÓN “DESEMPLEADO, DISCAPACITADO” EN EL PUNTO D3 Y EL VALOR DE D4d ES 0, INDAGUE MÁS.]*

		SNC	NS
a. Salarios	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Asistencia pública	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Jubilación	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Discapacidad	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Ingresos ilegales	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Familiares y/o amigos	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Otro (especifique) _____	\$ ____ , ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. ¿Ha tenido dinero suficiente para satisfacer sus necesidades?

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Casi siempre
- Completamente
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

E. SITUACIÓN PENAL Y RELACIONADA CON LA JUSTICIA PENAL

1. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces lo arrestaron?

|____| |____| VECES SE NEGÓ A CONTESTAR NO SABE

[SI NO TUVO ARRESTOS, VAYA AL PUNTO E3.]

2. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces lo arrestaron por cometer delitos relacionados con drogas? *[EL VALOR DE E2 NO PUEDE SUPERAR EL VALOR DE E1.]*

|____| |____| VECES SE NEGÓ A CONTESTAR NO SABE

3. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas noches estuvo en prisión/en la cárcel? *[SI EL VALOR DE E3 ES MAYOR DE 15, SE DEBE SELECCIONAR “INSTITUCIÓN (CÁRCEL/PRISIÓN)” EN C1. [SI SE SELECCIONÓ “INSTITUCIÓN (CÁRCEL/PRISIÓN)” EN EL PUNTO C1, EL VALOR DE E3 DEBE SER IGUAL O MAYOR QUE 15].*

|____| |____| NOCHES SE NEGÓ A CONTESTAR NO SABE

4. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces cometió delitos? *[VERIFIQUE LA CANTIDAD DE DÍAS EN QUE SE CONSUMIERON DROGAS ILEGALES EN EL PUNTO B1c. LA RESPUESTA DE E4 DEBE SER IGUAL A O MAYOR QUE EL NÚMERO DE B1c PORQUE EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES ES UN DELITO.]*

|____| |____| VECES SE NEGÓ A CONTESTAR NO SABE

5. Actualmente, ¿está a la espera de cargos criminales, un juicio o una sentencia?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

6. Actualmente, ¿está en libertad condicional o bajo palabra?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

F. PROBLEMAS DE SALUD MENTALES Y FÍSICOS, Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN

1. ¿Cómo calificaría su salud general ahora mismo?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

2. Durante los últimos 30 días, ¿recibió:

a. Tratamiento hospitalario para:

[EN CASO AFIRMATIVO]

	SÍ	En total, ¿durante cuántas noches?	NO	SE NEGÓ	NO SABE
i. Molestia física	<input type="radio"/>	_____ noches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ii. Problemas mentales o emocionales	<input type="radio"/>	_____ noches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iii. Abuso de alcohol o de sustancias	<input type="radio"/>	_____ noches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

b. Tratamiento ambulatorio para:

[EN CASO AFIRMATIVO]

	SÍ	En total, ¿cuántas veces?	NO	SE NEGÓ	NO SABE
i. Molestia física	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ii. Problemas mentales o emocionales	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iii. Abuso de alcohol o de sustancias	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

c. Tratamiento en la sala de emergencias para:

[EN CASO AFIRMATIVO]

	SÍ	En total, ¿cuántas veces?	NO	SE NEGÓ	NO SABE
i. Molestia física	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ii. Problemas mentales o emocionales	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iii. Abuso de alcohol o de sustancias	<input type="radio"/>	_____ veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F. PROBLEMAS DE SALUD MENTALES Y FÍSICOS, Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN (CONTINUACIÓN)

3. Durante los últimos 30 días, ¿tuvo actividad sexual?

- Sí
- No [VAYA A LA PREGUNTA F4.]
- NO SE PUEDE HACER LA PREGUNTA [VAYA A LA PREGUNTA F4.]
- SE NEGÓ A CONTESTAR [VAYA A LA PREGUNTA F4.]
- NO SABE [VAYA A LA PREGUNTA F4.]

[EN CASO AFIRMATIVO] Contando todas las formas, ¿cuántos...:

	Contactos	SNC	NS
a. Contactos sexuales (vaginales, orales o anales) tuvo?	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Contactos sexuales sin protección tuvo? [EL VALOR DE F3b NO PUEDE SUPERAR EL VALOR DE F3a.] [SI LA RESPUESTA ES 0, VAYA A LA PREGUNTA F4.]	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Contactos sexuales sin protección fueron con una persona que [NINGÚN VALOR DE LOS PUNTOS F3c1 A F3c3 PUEDE SUPERAR EL VALOR DE F3b.]			
1. es o era positiva para VIH o tiene SIDA	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. se inyecta drogas	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. está/estaba intoxicada con alguna sustancia	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. ¿Alguna vez se hizo la prueba de VIH?

- Sí [VAYA A LA PREGUNTA F4a.]
- No [VAYA A LA PREGUNTA F5.]
- SE NEGÓ A CONTESTAR [VAYA A LA PREGUNTA F5.]
- NO SABE [VAYA A LA PREGUNTA F5.]

a. ¿Sabe el resultado de su prueba de VIH?

- Sí
- No

5. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?

- Muy mala
- Mala
- Ni buena ni mala
- Buena
- Muy buena
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

F. PROBLEMAS DE SALUD MENTALES Y FÍSICOS, Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN (CONTINUACIÓN)

6. ¿Cuán satisfecho se siente con su salud?

- Muy insatisfecho
- Insatisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho
- Satisfecho
- Muy satisfecho
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

7. ¿Tiene suficiente energía para la vida cotidiana?

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Casi siempre
- Completamente
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

8. ¿Cuán satisfecho se siente con respecto a su capacidad para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria?

- Muy insatisfecho
- Insatisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho
- Satisfecho
- Muy satisfecho
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

9. ¿Cuán satisfecho está con usted mismo?

- Muy insatisfecho
- Insatisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho
- Satisfecho
- Muy satisfecho
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

F. PROBLEMAS DE SALUD MENTALES Y FÍSICOS, Y TRATAMIENTO/RECUPERACIÓN (CONTINUACIÓN)

10. Por una causa distinta del consumo de alcohol o drogas, ¿cuántos días en los últimos 30 días:

	Días	SNC	NS
a. tuvo depresión grave	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. tuvo ansiedad o tensión graves	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. tuvo alucinaciones	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. tuvo problemas para comprender, concentrarse o recordar cosas	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. tuvo problemas para controlar conductas violentas	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. intentó suicidarse	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. se le recetó un medicamento para un problema psicológico/emocional	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[SI EL CLIENTE CONTESTA CERO DÍAS, SNC O NS EN TODAS LAS OPCIONES DE LA PREGUNTA F10, VAYA A LA SECCIÓN F12.]

11. ¿Cuánto le han molestado estos problemas psicológicos o emocionales durante los últimos 30 días?

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Considerablemente
- Extremadamente
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

F. VIOLENCIA Y TRAUMA

12. ¿Alguna vez ha sufrido violencia o traumas en alguna situación (esto incluye violencia comunitaria o escolar; violencia doméstica; maltrato/acoso físico, psicológico o sexual dentro o fuera de la familia; desastres naturales; actos terroristas; abandono; o pérdida traumática)?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

[SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, SE NEGÓ A CONTESTAR O NO SABE, VAYA AL PUNTO F13.]

¿Alguna de esas experiencias fue tan aterradora, horrible o perturbadora que sintió y/o siente lo siguiente?

12a. ¿Ha tenido o tiene pesadillas sobre eso o ha pensado o piensa en ello sin querer hacerlo?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

F. VIOLENCIA Y TRAUMA (CONTINUACIÓN)

12b. ¿Se ha esforzado o se esfuerza por no pensar en eso o evitar situaciones que se lo recuerden?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

12c. ¿Ha estado o está constantemente en alerta o atento o se ha sobresaltado con facilidad?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

12d. ¿Se ha sentido o se siente insensible y distante de las demás personas, actividades o su entorno?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

13. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia lo han golpeado, pateado, abofeteado o lastimado de otra manera físicamente?

- Nunca
- Algunas veces
- Más de un par de veces
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

G. RELACIONES SOCIALES

1. En los últimos 30 días, ¿asistió voluntariamente a algún grupo de autoayuda que no estuviera afiliado a ninguna religión u organización basada en la fe para recuperarse? En otras palabras, ¿participó en alguna organización no profesional y organizada por pares dedicada a ayudar a las personas con problemas relacionados con adicciones, como Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, la Casa Oxford (Oxford House), Organizaciones Seculares por la Sobriedad (Secular Organizations for Sobriety) o Mujeres por la Sobriedad (Women for Sobriety), etc.?
- SÍ [SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA]
ESPECIFIQUE CUÁNTAS VECES _____ |_____| SE NEGÓ A CONTESTAR NO SABE
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE
2. En los últimos 30 días, ¿asistió a algún grupo de autoayuda afiliado a alguna religión/fe para recuperarse?
- SÍ [SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA]
ESPECIFIQUE CUÁNTAS VECES _____ |_____| SE NEGÓ A CONTESTAR NO SABE
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE
3. En los últimos 30 días, ¿asistió a alguna reunión de alguna organización que apoya la recuperación que no sea ninguna de las organizaciones mencionadas anteriormente?
- SÍ [SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA]
ESPECIFIQUE CUÁNTAS VECES _____ |_____| SE NEGÓ A CONTESTAR NO SABE
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE
4. En los últimos 30 días, ¿tuvo interacción con algún familiar y/o amigo que lo apoye en su recuperación?
- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE
5. ¿A quién acude cuando tiene problemas? [SELECCIONE SOLAMENTE UNA OPCIÓN.]
- NADIE
- MIEMBRO DEL CLERO
- FAMILIAR
- AMIGOS
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE
- OTRO (ESPECIFIQUE) _____
6. ¿Cuán satisfecho se encuentra con sus relaciones personales?
- Muy insatisfecho
- Insatisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho
- Satisfecho
- Muy satisfecho
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE