



Evaluación psicosocial

“Confidencial — este formulario debe guardarse siempre en una red segura a la que solo pueda acceder el personal financiado por Ryan White”.

Nombre del/de la cliente: _____

N.º de cliente: _____ Inicial del CM: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

☐ Evaluación inicial ☐ Reevaluación Fecha de la evaluación inicial: ____ / ____ / ____

☐ Tipo de seguro: _____ ☐ Proveedor médico: _____

Desde la admisión: ¿Ingresos? \$ _____ Número del Seguro Social: _____

Antes de la evaluación, asegúrese de que se le haya informado al/a la cliente sobre lo siguiente: la finalidad de la evaluación, la posibilidad de tomar recesos, la posibilidad de omitir las preguntas que generen incomodidad, las leyes de denuncia obligatoria y la confidencialidad.

Situación de vivienda

Cuénteme sobre su situación de vivienda actual.

☐ Con vivienda permanente (*describa*): _____

☐ Con vivienda temporal (*describa*): _____

☐ Inestable (*describa*): _____

Comentarios:

Plan:

Necesidades básicas (*marque si es necesario*)

Cuénteme sobre sus necesidades básicas.

☐ Alimentos:

En los últimos 12 meses:

¿Le preocupaba que los alimentos se le acabaran antes de tener dinero para comprar más?

☐ Frecuentemente ☐ A veces ☐ Nunca

¿La comida que compró no le alcanzó y no tenía dinero para comprar más?

☐ Frecuentemente ☐ A veces ☐ Nunca

¿Está recibiendo beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, por sus siglas en inglés))?

☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es “No”, ¿es usted elegible para SNAP?

☐ No ☐ Sí ☐ No sabe

☐ Vestimenta/Ropa

☐ Servicios públicos

☐ Transporte (*no médico*)

☐ Cuidado infantil

☐ Artículos personales (*suministros de limpieza, para mascotas, etc.*)

☐ Otras necesidades básicas:

Comentarios:
Plan:

Presupuesto

¿Cómo le está yendo con el cumplimiento de sus gastos mensuales?

Ingresos (desde la admisión)	Monto mensual	Gastos	Monto mensual
Sueldo		Alquiler/hipoteca	
Sueldo de su cónyuge		Teléfono	
Discapacidad (a corto o largo plazo)		Servicios públicos	
SSI/SSDI ¿Tiene un beneficiario/custodio?	☐ Sí ☐ No	Alimentos	
TANF/Asistencia general		Gastos no alimentarios del grupo familiar	
Jubilación/pensión de la VA		Pago de automóvil	
Beneficios por desempleo		Primas de seguros	
Manutención de los hijos		Pensión alimentaria/manutención infantil	
Ahorros/inversiones		Cuidado infantil	
Ingresos por alquiler		Gastos médicos no cubiertos	
Apoyo familiar		Deudas	
Beneficios de alimentos (SNAP)		Otra:	
Otra:		Otra:	
Total mensual	0\$0.00	Total mensual	0\$0.00

Transporte

¿Cómo acude a sus citas de atención médica?

- ☐ Transporte público
- ☐ Transporte facilitado por un familiar/amigo/voluntario
- ☐ A pie/en bicicleta
- ☐ Transporte de Medicaid
- ☐ Vehículo propio
- ☐ Taxi/servicio de transporte
- ☐ Otro

¿Qué obstáculos, si es que hay alguno, enfrenta para acudir a las citas?

Comentarios:
Plan:

Nombre del/ de la cliente: _____

N.º de cliente: **Error! Reference source not found.**

Inicial del CM: **Error! Reference source not found.**

Fecha: **Error! Reference source not found.**

Educación

¿Cuál es el grado más alto que completó en la escuela?

☐ No asistí a la escuela

☐ Desde el jardín de niños al 8.º grado únicamente

☐ Preparatoria/Desarrollo Educativo General (GED)

¿Completo(a)? ☐ Sí

☐ No Si respondió "no", ¿cuál es el grado más alto?

☐ Estudios universitarios

¿Completo(s)? ☐ Sí

☐ No

☐ Postgrado

¿Asiste a la escuela actualmente? ☐ Sí ☐ No Si respondió "sí", indique el nombre: _____

Cuando tiene que aprender algo nuevo, ¿cómo prefiere aprender la información?

☐ Escuchar una explicación ☐ Hablar con personas ☐ Intentarlo por su cuenta ☐ Mirar televisión ☐ Leer

Los términos médicos son complicados, y a muchas personas les cuesta entenderlos. ¿Obtiene alguna vez ayuda de otras personas para completar formularios, leer las etiquetas de medicamentos de venta con receta, los formularios del seguro y/o la información sobre educación sanitaria?

Comentarios:

Plan:

Empleo

Los estudios demuestran que las personas que tienen un empleo, hacen voluntariado o participan en su comunidad se sienten mejor y controlan mejor su VIH.

☐ Jubilado(a) ☐ A tiempo completo ☐ A tiempo parcial ☐ Temporal/estacional ☐ Voluntario(a)/pasante

Ocupación: ¿Qué grado de satisfacción tiene con su empleo actual?

☐ Desempleado(a) ¿Desde cuándo no tiene trabajo? _____

¿Cuánto interés tiene en obtener un empleo?

No tengo interés										Mucho interés	
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	

¿Puede hacer los tipos de trabajos que ha hecho anteriormente? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "sí", ¿qué tipos de trabajos? _____

Si respondió "no", ¿qué tipos de trabajos le interesan? _____

Nombre del/
de la cliente: _____

N.º de
cliente: **Error! Reference
source not found.**

Inicial
del CM: _____

**Error!
Reference
source not
found.**

Fecha: **Error!
Reference
source not
found.**
OHA 8401 (09/2022) Spanish

¿Qué le impide conseguir un empleo?

Obstáculos (marque todas las opciones que correspondan):	Detalles:
☐ Cuestiones relacionadas con la salud	
☐ Miedo a perder los beneficios	
☐ Antecedentes penales	
☐ Solicitudes de empleos	
☐ Transporte	
☐ Cuidado infantil	
☐ Educación/experiencia	
☐ Otra:	

Referido(a) a:	
☐ Servicios de Rehabilitación Vocacional de Oregon	☐ Boleto para trabajar (Ticket to Work) —si el/la cliente tiene SSI/SSDI
☐ WorkSource/One Stop	☐ Red de Incentivos Laborales (WIN) —si el/la cliente tiene SSI/SSDI
☐ Empleo con apoyo	☐ Vital Purpose (HIV Alliance únicamente)
☐ Centros para la vida independiente	☐ Otra:

Comentarios:
Plan:

Apoyo social

¿Cuáles son sus principales sistemas de apoyo?

- ☐ Cónyuge/pareja ☐ Amigos, locales ☐ Familiares, locales ☐ Clubes ☐ Grupos de apoyo
☐ Hijos ☐ Amigos, distantes ☐ Familiares, distantes ☐ Mascotas ☐ Iglesia
☐ Otra: _____

Cónyuge o pareja actual: _____ ¿Está su pareja al tanto de su estado de VIH? ☐ Sí ☐ No

¿Cómo maneja el estrés? _____

¿Qué cosas le apasionan? _____

Comentarios:
Plan:

Nombre del/
de la cliente: _____

N.º de cliente: **Error! Reference source not found.**

Inicial
del CM: _____

**Error!
Reference
source not
found.**

Fecha: **Error!
Reference
source not
found.**
OHA 8401 (09/2022) Spanish

Antecedentes de salud mental

Dado que soy denunciante obligatorio, si usted me informa sobre alguna amenaza inmediata de daño a sí mismo(a) o a otras personas, tendría que notificarlo. Tener pensamientos es una cosa, pero tener un plan o medios para llevarlo a cabo es diferente. Si decide no responder una pregunta, simplemente tiene que indicarme que preferiría no contestar.

1. ¿Tiene actualmente un diagnóstico de una afección de salud mental? ☐ Sí ☐ No Si respondió "sí", ¿cuál es su diagnóstico de salud mental? Nombre del proveedor prescriptor:
1.a. ¿Recibe asesoramiento o terapia de salud mental por este diagnóstico? ☐ Sí ☐ No Si respondió "sí", indique el nombre de la agencia/del proveedor:
1.b. ¿Toma medicamentos para este diagnóstico? ☐ Sí ☐ No Si respondió "sí", indique el nombre de los medicamentos:
2. ¿Le han diagnosticado alguna afección de salud mental en el pasado? ☐ Sí ☐ No Si respondió "sí", ¿cuál es su diagnóstico de salud mental? Nombre del proveedor prescriptor:
2.a. ¿Recibe asesoramiento o terapia de salud mental por este diagnóstico? ☐ Sí ☐ No Si respondió "sí", indique el nombre de la agencia/del proveedor:
2.b. ¿Toma medicamentos para este diagnóstico? ☐ Sí ☐ No Si respondió "sí", indique el nombre de los medicamentos:
3. ¿Ha estado alguna vez hospitalizado(a) por una afección de salud mental? ☐ Sí ☐ No Si respondió "sí", indique cuándo, dónde y motivo/diagnóstico:

Evaluación de salud mental *(no es necesario completar si el/la cliente recibe actualmente asesoramiento de salud mental)*

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus estados de ánimo o sentimientos en los últimos 2 o 3 meses. Cuando se le pregunta por la "frecuencia" con la que se experimenta algo, "frecuencia" se refiere a tener sentimientos o estados de ánimo 4 días o más en una semana.

1. ¿Se siente confundido(a) con frecuencia?	☐ Sí	☐ No
2. ¿Le cuesta con frecuencia concentrarse en cosas tales como leer el periódico, mirar televisión o escuchar a una persona que le da instrucciones?	☐ Sí	☐ No
3. ¿Le cuesta con frecuencia conciliar el sueño o permanecer dormido(a), o duerme demasiado?	☐ Sí	☐ No
4. ¿Se siente con frecuencia ansioso(a), nervioso(a) o se preocupa mucho por diferentes cosas?	☐ Sí	☐ No
5. ¿Se siente con frecuencia triste, abatido(a), deprimido(a) o desesperanzado(a)?	☐ Sí	☐ No

Nombre del/
de la cliente:

N.º de cliente: **Error! Reference source not found.**

Inicial
del CM:

**Error!
Reference
source not
found.**

Fecha:

**Error!
Reference
source not
found. / Error!
Reference
source not
found. / Error!
Reference
source not
found.**

6. ¿Le resulta difícil divertirse o tiene poco interés en hacer cosas que disfrutaba en el pasado?	☐ Sí	☐ No
7. ¿Se encuentra con frecuencia evocando malas experiencias del pasado (<i>escenas retrospectivas, sensación de estar reviviendo el acontecimiento</i>)?	☐ Sí	☐ No
8. ¿Tiene pensamientos de hacerse daño?	☐ Sí	☐ No
9. ¿Tiene ideas de suicidio o de quitarse la vida? Si respondió "sí", pregunte: ¿Tiene un plan? ¿Tiene los medios para llevar a cabo su plan (<i>acceso a un arma, etc.</i>)? Implemente el plan de prevención de suicidio de la agencia.	☐ Sí	☐ No
10. ¿Le gustaría que le remitan a un asesor o terapeuta de salud mental por algún motivo?	☐ Sí	☐ No

Si el/la cliente responde "sí" a los puntos 1 a 3, hable sobre los mecanismos de afrontamiento, considere una reunión sobre el caso con el administrador de casos médicos (MCM, por sus siglas en inglés) o la remisión a un proveedor médico o de salud mental si estos síntomas empeoran o no mejoran.

Si el/la cliente responde "sí" a los puntos 4 a 10, ofrezca remitirle a un proveedor médico o de salud mental para que le realice una evaluación más exhaustiva de salud mental.

Comentarios:
Plan:

Seguridad doméstica

Dado que la violencia es habitual, las siguientes preguntas están relacionadas con su seguridad. Quiero asegurarme de que reciba el apoyo que necesita para estar en relaciones seguras.

La ley de Oregon nos exige que denunciemos los casos de abuso/abandono de niños menores de 18 años y de adultos de 65 años o más. Eso se denomina denuncia obligatoria. En función de sus respuestas a las siguientes preguntas, como denunciante obligatorio, debo denunciar los casos de abuso/abandono y una amenaza inmediata de daño a sí mismo(a) o a otras personas cubiertas en virtud de las leyes de denuncia obligatoria.

¿Hay alguna persona de su vida que le haga daño o le amenace física o emocionalmente?	☐ Sí	☐ No
Comentarios:		
¿Considera que alguien le controla o siente que está en peligro?	☐ Sí	☐ No
Comentarios:		
¿Ha tenido relaciones sexuales no deseadas en los últimos 3 meses?	☐ Sí	☐ No
Comentarios:		
En los últimos 3 meses, ¿alguien se ha negado a tener relaciones sexuales con usted cuando sí quería?	☐ Sí	☐ No
Comentarios:		
¿Le preocupa hacerle daño a alguien?	☐ Sí	☐ No
Comentarios:		

Comentarios:
Plan:
¿Se requiere denuncia obligatoria? (Siga el protocolo de la agencia). ☐ Sí ☐ No

Consumo de tabaco

Pregunta:	¿Consume tabaco actualmente? ☐ Sí ☐ No Si respondió "sí", escriba: Cuánto:
Evalúe:	En una escala del 1 al 10, ¿en qué grado le preocupa su consumo de tabaco? En una escala del 1 al 10, ¿cuán preparado(a) está para dejar el tabaco?
Asista:	☐ Remisión a Quitline ☐ Remisión a un tratamiento sustitutivo con nicotina ☐ Remisión a un proveedor médico ☐ No está preparado(a) para dejar el tabaco; fecha de seguimiento: / /

Comentarios:
Plan:

Evaluación, intervención breve y remisión a tratamiento (SBIRT)

A todos los clientes se les hacen preguntas sobre el consumo de alcohol y drogas porque las sustancias pueden afectar su salud, como también los medicamentos que toma. Una bebida alcohólica equivale a una cerveza de 12 onzas, un vino de 5 onzas o un chupito de licor. Las drogas recreativas incluyen las metanfetaminas (*anfetamina, cristal*), la marihuana, los inhalantes (*disolventes, pegamentos*), los tranquilizantes (*diazepam*), los barbitúricos, la cocaína, el éxtasis, los alucinógenos (*LSD, setas*) o los narcóticos (*heroína, analgésicos de venta con receta*)

Hombre/persona identificada como hombre: ¿Cuántas veces en el último año ha consumido 5 o más bebidas alcohólicas en un día?

☐ Ninguna ☐ 1 o más (Complete el Cuestionario para identificar trastornos por consumo de alcohol [AUDIT, por sus siglas en inglés])

Mujer/persona identificada como mujer: ¿Cuántas veces en el último año ha bebido 4 o más bebidas alcohólicas en un día?

☐ Ninguna ☐ 1 o más (Complete el Cuestionario para identificar trastornos por consumo de alcohol [AUDIT, por sus siglas en inglés])

¿Cuántas veces en el último año ha consumido alguna droga que no sea marihuana o ha tomado algún medicamento de venta con receta por motivos no médicos?

☐ Ninguna ☐ 1 o más (Complete el Cuestionario para detectar el abuso de drogas [DAST, por sus siglas en inglés])

Comentarios:
Plan:

Nombre del/
de la cliente: _____

N.º de cliente: **Error! Reference source not found.**

Inicial
del CM: _____

Error! Reference source not found.

Fecha: _____

Error! Reference source not found. / Error! Reference source not found. / Error! Reference source not found.

Antecedentes de tratamiento por consumo de alcohol			
¿Ha estado alguna vez en tratamiento ambulatorio por problemas con el consumo de alcohol? Si respondió "sí": cuándo y dónde:	☐ Nunca	☐ Sí, actualmente	☐ Sí, en el pasado
¿Ha estado alguna vez en tratamiento hospitalario por problemas con el consumo de alcohol? Si respondió "sí": cuándo y dónde:	☐ Nunca	☐ Sí, en el último año	☐ Sí, hace más de un año

Puntaje del AUDIT:	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas que contengan alcohol?	☐ Nunca	☐ Una vez al mes o menos	☐ 2 a 4 veces al mes	☐ 2 o 3 veces a la semana	☐ 4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas bebidas que contengan alcohol consume en un día normal cuando bebe?	☐ 0-2	☐ 3 o 4	☐ 5 o 6	☐ 7 a 9	☐ 10 o más
3. ¿Con qué frecuencia consume seis o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?	☐ Nunca	☐ Menos de una vez al mes	☐ Mensualmente	☐ Semanalmente	☐ Diariamente o casi todos los días
4. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha notado que no era capaz de dejar de beber una vez que había comenzado?	☐ Nunca	☐ Menos de una vez al mes	☐ Mensualmente	☐ Semanalmente	☐ Diariamente o casi todos los días
5. ¿Con qué frecuencia durante el último año no ha hecho lo que normalmente se esperaba de usted debido a su consumo de alcohol?	☐ Nunca	☐ Menos de una vez al mes	☐ Mensualmente	☐ Semanalmente	☐ Diariamente o casi todos los días
6. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado una primera copa por la mañana para ponerse en marcha después de una jornada de consumo excesivo de alcohol?	☐ Nunca	☐ Menos de una vez al mes	☐ Mensualmente	☐ Semanalmente	☐ Diariamente o casi todos los días
7. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha tenido un sentimiento de culpa o remordimiento después de consumir alcohol?	☐ Nunca	☐ Menos de una vez al mes	☐ Mensualmente	☐ Semanalmente	☐ Diariamente o casi todos los días
8. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que sucedió	☐ Nunca	☐	☐ Mensualmente	☐ Semanalmente	☐

Nombre del/
de la cliente: _____

N.º de cliente: **Error! Reference source not found.**

Inicial
del CM: _____

Error! Reference source not found.

Fecha: **Error! Reference source not found.**
OHA 8401 (09/2022) Spanish

Puntaje del AUDIT:	0	1	2	3	4
la noche anterior debido a su consumo de alcohol?		Menos de una vez al mes			Diariamente o casi todos los días
9. ¿Se ha lesionado usted o alguien más a causa de su consumo de alcohol?	☐ No		☐ Sí, pero no en el último año		☐ Sí, en el último año
10. Algún familiar, amigo, médico u otro trabajador de atención médica, ¿se ha preocupado por su consumo de alcohol o le ha sugerido que lo reduzca?	☐ No		☐ Sí, pero no en el último año		☐ Sí, en el último año

Resultados de los puntajes del AUDIT			
Mujeres	Hombres	Zona	Acción
0 a 3	0 a 4	Riesgo bajo	Información breve: informe al/a la cliente sobre el consumo de bajo riesgo y sobre los riesgos del consumo excesivo de alcohol.
4 a 12	5 a 14	Riesgoso	Intervención breve/tratamiento breve: use los conceptos de la entrevista motivacional (MI, por sus siglas en inglés) para concientizar al/a la cliente sobre el consumo y aumentar la motivación para cambiar. Los clientes con consecuencias numerosas o graves por el consumo de alcohol deben recibir diversas intervenciones intensivas con seguimiento. El cambio recomendado es reducir el consumo de alcohol a niveles de riesgo bajo, salvo que existan motivos médicos para la abstinencia (<i>daño hepático, embarazo, etc.</i>). Considere la remisión.
13 a 19	15 a 19	Perjudicial	
20 o más	20 o más	Dependiente	Remisión a tratamiento especializado: proceso proactivo que facilita el acceso a atención especializada. Se debe remitir al/a la cliente a un tratamiento por consumo de alcohol para realizar una evaluación más exhaustiva. El cambio recomendado es abstenerse de consumir alcohol y aceptar la remisión.

Consumo de sustancias								
	N = Nunca C = Actual P = Pasado	Cantidad	Frecuencia Diaria, semanal o mensualmente	Duración <1 año, 1 o 2 años o >2 años	Último consumo <1 mes, 1 a 6 meses, 6 meses a 2 años o >2 años	¿Es el consumo un problema para el/la cliente? X = sí	¿Es el consumo un problema para otras personas? X = sí	¿Desea tratamiento el/la cliente? X = sí
Juegos de azar						☐	☐	☐
Cocaína						☐	☐	☐
Alucinógenos						☐	☐	☐

Nombre del/
de la cliente: _____

N.º de cliente: **Error! Reference source not found.**

Inicial
del CM: _____

Error! Reference source not found.

Fecha: _____

Error! Reference source not found. / Error! Reference source not found. / Error! Reference source not found.

Consumo de sustancias								
	N = Nunca C = Actual P = Pasado	Cantidad	Frecuencia Diaria, semanal o mensualmente	Duración <1 año, 1 o 2 años o >2 años	Último consumo <1 mes, 1 a 6 meses, 6 meses a 2 años o >2 años	¿Es el consumo un problema para el/la cliente? X = sí	¿Es el consumo un problema para otras personas? X = sí	¿Desea tratamiento el/la cliente? X = sí
Inhalantes						☐	☐	☐
Marihuana						☐	☐	☐
Metanfetaminas						☐	☐	☐
Opioides						☐	☐	☐
Medicamentos de venta con receta						☐	☐	☐
Otra:						☐	☐	☐

Antecedentes de consumo de sustancias/adicción			
¿Toma actualmente más medicamentos de venta con receta de los recetados?	☐ Nunca	☐ Sí, en los últimos 90 días	☐ Sí, hace más de 90 días
¿Toma actualmente medicamentos de venta con receta que no le recetaron?	☐ Nunca	☐ Sí, en los últimos 90 días	☐ Sí, hace más de 90 días
¿Se ha inyectado alguna vez drogas?	☐ Nunca	☐ Sí, en los últimos 90 días	☐ Sí, hace más de 90 días
¿Ha estado alguna vez en tratamiento ambulatorio por adicción a sustancias? Si respondió "sí": cuándo y dónde: ¿Por qué sustancia recibió tratamiento?	☐ Nunca	☐ Sí, en el último año	☐ Sí, hace más de un año
¿Ha estado alguna vez en tratamiento hospitalario por adicción a sustancias? Si respondió "sí": cuándo y dónde: ¿Por qué sustancia recibió tratamiento?	☐ Nunca	☐ Sí, en el último año	☐ Sí, hace más de un año

Puntaje del DAST:	0	1
1. ¿Ha consumido drogas que no sean las requeridas por motivos médicos?	☐ No	☐ Sí
2. ¿Abusa de más de una droga a la vez?	☐ No	☐ Sí
3. ¿Es incapaz de dejar las drogas cuando quiere hacerlo?	☐ No	☐ Sí
4. ¿Ha tenido alguna vez lagunas mentales o escenas retrospectivas como consecuencia del consumo de drogas?	☐ No	☐ Sí
5. ¿Se siente alguna vez mal o culpable por su consumo de drogas?	☐ No	☐ Sí

Nombre del/
de la cliente: _____

N.º de cliente: **Error! Reference source not found.**

Inicial
del CM: _____

Error! Reference source not found.

Fecha: _____

Error! Reference source not found. / Error! Reference source not found. / Error! Reference source not found.

Puntaje del DAST:	0	1
6. ¿Se queja alguna vez su cónyuge/amigo/ser querido de su relación con las drogas?	☐ No	☐ Sí
7. ¿Ha descuidado a su familia por su consumo de drogas?	☐ No	☐ Sí
8. ¿Ha participado en actividades ilegales para obtener drogas?	☐ No	☐ Sí
9. ¿Ha presentado alguna vez síntomas de abstinencia (sentirse mal) cuando dejó de consumir drogas?	☐ No	☐ Sí
10. ¿Ha tenido problemas médicos como consecuencia de su consumo de drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, sobredosis, convulsiones, hemorragia)?	☐ No	☐ Sí

Resultados de los puntajes del DAST	Zona	Acción
0	Saludable	Ninguno
1, 2 o más: No consume ninguna sustancia diariamente No consume opioides, cocaína ni metanfetamina semanalmente No consumió drogas inyectables en los últimos 3 meses No está en tratamiento por abuso de drogas actualmente	Riesgoso	Ofrezca asesoramiento sobre los beneficios y la importancia de abstenerse de consumir drogas Controle y reevalúe en la siguiente visita Considere proporcionar materiales educativos
1 o 2	Riesgoso	Intervención/tratamiento breve: use los conceptos de la entrevista motivacional (MI) para concientizar al/a la cliente sobre el consumo y aumentar la motivación para cambiar. Los clientes con consecuencias numerosas o graves por el consumo de drogas deben recibir diversas intervenciones intensivas con seguimiento. El cambio recomendado es abstenerse de consumir drogas ilícitas. Considere la remisión.
3 a 5	Perjudicial	
6 o más	Dependiente	Remisión a tratamiento especializado: proceso proactivo que facilita el acceso a atención especializada. Se debe remitir al/a la cliente a un tratamiento por consumo de drogas para realizar una evaluación más exhaustiva. El cambio recomendado es abstenerse de consumir alcohol y aceptar la remisión.

Evaluación de riesgos

¿Puede decirme qué líquidos transmiten el VIH?

¿Qué cosas está haciendo actualmente para reducir la transmisión del VIH/de ETS para usted y para otras personas?

Marque todas las opciones que correspondan.

☐ La abstinencia

☐ Monogamia

☐ Condones

☐ Divulgación

☐ Cumplimiento del tratamiento farmacológico

☐ Menos parejas/ninguna pareja ocasional o anónima

☐ Compatibilidad serológica

☐ Posición (receptiva en comparación con insertiva)

Error!
Reference
source not
found. / Error!
Reference
source not
found. / Error!
Reference
source not
found.

Nombre del/
de la cliente: _____

N.º de
cliente: _____

Inicial
del CM: _____

Error!
Reference
source not
found.

Fecha: _____

- ☐ La pareja recibe profilaxis previa a la exposición (PPrE) ☐ Implementos limpios
- ☐ Sin consumo de sustancias ☐ Otros:

¿Cree que está haciendo algo para aumentar el riesgo de transmisión del VIH/de ITS a sí mismo(a) o a otras personas?

¿Hay otras estrategias que podría considerar para reducir aún más la transmisión del VIH/de ITS a sí mismo(a) y a otras personas?

¿Qué probabilidad hay de que utilice estas otras estrategias? (Marque una opción)

Nunca											Siempre
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	

Evaluación de riesgos complementaria

- Tiene parejas sexuales de: ☐ Sexo opuesto ☐ Mismo sexo ☐ Ambos sexos ☐ Género no binario ☐ N/A
- Cantidad de parejas sexuales que ha tenido en los últimos 12 meses: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 o 3 ☐ 4 a 10 ☐ 10 o más
- Tiene usted: ☐ Coito vaginal ☐ Coito bucal ☐ Coito anal ☐ N/A
- ¿Se ha inyectado alguna vez drogas con agujas? ☐ Sí ☐ No ☐ Motivos médicos únicamente
- a. ¿Se inyecta actualmente drogas con agujas? ☐ Sí ☐ No ☐ Motivos médicos únicamente
- b. ¿Ha compartido alguna vez las agujas? ☐ Sí ☐ No
- c. ¿Comparte actualmente las agujas? ☐ Sí ☐ No

Si en algún momento decide que quiere notificar a sus parejas sexuales o compañeros de consumo de drogas anteriores o actuales que pueden haber estado expuestos al VIH y que deben hacerse la prueba, puedo ayudarle con eso. Hay personas que pueden notificarles sin revelar su identidad.

¿Es esto algo que le interesaría hacer? ☐ Sí ☐ No

Resumen:

¿Qué inquietudes, si es que hay alguna, tiene sobre su plan de reducción de riesgos/daños?

¿Qué preguntas, si es que hay alguna, tiene sobre la reducción de riesgos/daños?

Comentarios:
Plan:

Legal

Ahora algunas preguntas para ayudarnos a entender lo que querría que ocurriera en un caso, como una emergencia médica, en el que no pudiera abogar por sí mismo(a).

- Tiene ☐ Fideicomiso ☐ Testamento ☐ Directriz anticipada (por ejemplo, no reanimar); si no se marca la casilla, ofrezca una copia ☐ Poder legal de atención médica (asuntos médicos) ☐ Poder legal duradero (asuntos médicos y financieros)

Nombre del/
de la cliente:

N.º de
cliente:

Error! Reference
source not found.

Inicial
del CM:

Error!
Reference
source not
found.

Fecha:

Error!
Reference
source not
found. / Error!
Reference
source not
found. / Error!
Reference
source not
found.

☐ Tutor/custodio para sí mismo(a)/dependientes

Si tiene poder legal, indique el nombre: _____ Teléfono: _____

¿Es usted tutor(a)/fiduciario(a) de alguien? ☐ Sí ☐ No Si respondió "sí", quién: _____

También preguntamos por los antecedentes penales para poder entender los obstáculos que pueda tener. Esta información no se utilizará en su contra de ninguna manera.

Antecedentes penales:

☐ Arrestos ☐ Condenas ☐ Órdenes de restricción ☐ Libertad bajo palabra/libertad condicional ☐ Encarcelación

Describa:

Comentarios:

Plan:

Educación relacionada con la salud

¿Informó el/la cliente alguno de los siguientes problemas? (Marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Dificultad para integrar los medicamentos a la vida diaria para poder tomarlos de manera constante
- ☐ Problemas de frustración, miedo, fatiga, dolor, depresión y aislamiento
- ☐ Dificultades para realizar ejercicios adecuados para aumentar la fuerza, la flexibilidad y la resistencia
- ☐ Problemas para comunicarse de manera eficaz con familiares, amigos y profesionales de la salud
- ☐ Problemas de divulgación
- ☐ Inquietudes respecto de la alimentación
- ☐ Dificultades para evaluar los síntomas
- ☐ Preguntas sobre las directrices avanzadas
- ☐ Capacidad para entender tratamientos nuevos o alternativos

¿Ha participado el/la cliente en una clase de Educación sanitaria o de Vivir bien, o en un grupo de apoyo desde la última Evaluación psicosocial? ☐ Sí ☐ No Si respondió "sí", mencione en los comentarios a continuación.

¿Tiene el/la cliente interés en participar en una clase de Educación sanitaria o de Vivir bien, o en recibir información sobre grupos de apoyo ahora o en el futuro (si no se ofrecen en este momento)? ☐ Sí ☐ No

Comentarios:

Plan: ¿Remisión? ☐ Sí ☐ No

Nombre y credenciales del miembro del personal: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

Nombre
del/de la cliente: _____

N.º de
cliente: _____

Error! Reference
source not
found.

Inicial del
CM: _____

Error! Referen
ce
source
not
found.

Fecha: _____

Error!
Reference
source not
found. / Error!
Reference
source not
found. / Error!
Reference
source not
found.