

OMB No. 0930-0400
Vence: 01/31/2028



Herramienta unificada de informes de desempeño (SUPRT)- A de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA)

Informe administrativo

Junio 2025

Se estima que la carga de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 20 minutos por respuesta. Envíe comentarios sobre esta estimación de carga, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, al Oficial de Autorización de Informes de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Sala 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder, una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) actualmente válido. El número de control para este proyecto es 0930-0400.

Contenido

A. GESTIÓN DE REGISTROS 1

B. HISTORIAL DE SALUD CONDUCTUAL..... 3

C. EXÁMENES DE SALUD CONDUCTUAL 5

D. DIAGNÓSTICO DE SALUD CONDUCTUAL 7

E. SERVICIOS RECIBIDOS 10

F. DEMOGRAFÍA..... 14

A. GESTIÓN DE REGISTROS

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

ID del sitio |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ID de Subvención |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

A1. [PERIODO INICIAL] ¿Cuál es el mes y el año de nacimiento del cliente (MM/AAAA)?

|_|_|_| / |_|_|_|_|_|

A2. ¿Cuál es la fecha de la evaluación (MM/DD/AAAA)?

|_|_|_| / |_|_|_| / |_|_|_|_|_|
MES DÍA AÑO

A3. ¿Qué tipo de evaluación?

- ☐ Periodo Inicial
- ☐ Reevaluación (para clientes en tratamiento por 3 o 6 meses)
- ☐ Anual (para clientes en tratamiento por más de 12 meses)
- ☐ Cierre de récord

A4. [SOLO EN LA EVALUACIÓN INICIAL] ¿Cuándo recibió el cliente servicios por primera vez bajo esta subvención (MM/AAAA)?

|_|_|_| / |_|_|_|_|_|

A5. [EN LA REEVALUACIÓN O ANUAL O CIERRE] ¿Cuándo fue la última vez que el cliente recibió servicios bajo esta subvención (MM/AAAA)?

|_|_|_| / |_|_|_|_|_|

A6. [EN EL CIERRE DEL RÉCORD] ¿Por qué está cerrando el expediente de este cliente?

- ☐ Completó el programa
- ☐ Sin contacto
- ☐ Se retiró / rechazó el tratamiento
- ☐ Fue referido a otro lugar
- ☐ Transferido a un programa financiado por una subvención diferente
- ☐ Encarcelamiento
- ☐ Se mudo
- ☐ Falleció
- ☐ Otro

A6a. [SI LA PREGUNTA A6 ES FALLECIMIENTO] ¿Cuál fue la causa de muerte?

- ☐ Suicidio
- ☐ Sobredosis
- ☐ Otra causa relacionada con la salud conductual
- ☐ Otra causa
- ☐ No documentado en el expediente

B. HISTORIAL DE SALUD CONDUCTUAL

B1. ¿Qué tipo de seguro tiene el cliente o su garante?

SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- ☐ Medicare
- ☐ Medicaid
- ☐ Seguro privado o proporcionado por el empleador
- ☐ TRICARE, CHAMPUS, CHAMPVA u otro seguro de atención médica para veteranos o militares
- ☐ Servicio de Salud Indígena Atención Médica Tribal
- ☐ Un programa de asistencia [por ejemplo, un programa de asistencia con medicamentos]
- ☐ Cualquier otro tipo de seguro de salud o plan de cobertura de salud
- ☐ Ninguno
- ☐ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

B2. En los últimos 30 días, ¿el cliente fue ingresado en un hospital?

- ☐ Sí: por razones de salud conductual, por ejemplo, salud mental o trastorno por uso de sustancias
- ☐ Sí, por otras razones de salud, por ejemplo, lesiones o enfermedades
- ☐ No
- ☐ No está documentado en los registros o no está documentado en registros utilizando esta norma

B3. En los últimos 30 días, ¿el cliente visitó una sala de emergencias?

- ☐ Sí: razones de salud conductual, por ejemplo, salud mental o trastorno por uso de sustancias
- ☐ Sí, por otras razones de salud, por ejemplo, lesiones o enfermedades
- ☐ No
- ☐ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

B4. En los últimos 30 días, ¿el cliente experimentó una crisis de salud conductual o solicitó una respuesta de crisis, por ejemplo, del 988 o el 911?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

B4a. [SI LA PREGUNTA B4 ES SI] ¿Cuál es el principal motivo de la crisis?

- ☐ Riesgo de suicidio
- ☐ Otro riesgo de daño a sí mismo o a otros (por ejemplo, NSSI, pensamientos homicidas)
- ☐ Salud mental
- ☐ Uso de sustancias que no sean sobredosis
- ☐ Sobredosis
- ☐ Otro
- ☐ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

- B5. En los últimos 30 días, ¿el cliente pasó una o más noches en un centro residencial de tratamiento de salud conductual, por ejemplo, estabilización de crisis o centro residencial de tratamiento de trastornos por uso de sustancias, incluso para el manejo de la abstinencia?**
- ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar
- B6. [SOLO CLIENTES DE 11 AÑOS O MÁS] En los últimos 90 días, ¿el cliente fue arrestado, detenido o puesto bajo custodia?**
- ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ No aplica
 - ☐ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar
- B7. [SOLO CLIENTES DE 11 AÑOS O MÁS] En los últimos 90 días, ¿el cliente pasó una o más noches en la cárcel o en un centro correccional?**
- ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ No aplica
 - ☐ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar
- B8. [SOLO CLIENTES DE 11 AÑOS O MÁS] En los últimos 90 días, ¿el cliente ha estado en libertad condicional, libertad condicional o supervisión preventiva intensiva durante uno o más días?**
- ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ No aplica
 - ☐ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

C. EXÁMENES DE SALUD CONDUCTUAL

Por favor indique los resultados de la evaluación del cliente, según lo documentado en un expediente clínico individual o del cliente (ya sea en papel o electrónico).

C1. En los últimos 30 días, ¿su programa examinó o evaluó al cliente para determinar el riesgo de suicidio?

- ☐ Sí - el resultado del examen fue negativo (sin riesgo o de bajo riesgo de trastorno por uso de sustancias)
- ☐ Sí: - el resultado del examen fue positivo (en riesgo de SUD)
- ☐ No, no se ha examinado ni evaluado
- ☐ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

C2. En los últimos 30 días, ¿su programa examinó o evaluó al cliente para detectar el uso de sustancias?

- ☐ Sí - el resultado de la evaluación fue negativo (sin riesgo o bajo riesgo de trastorno por uso de sustancias (SUD))
- ☐ Sí - el resultado de la detección fue positivo (en riesgo de SUD)
- ☐ No, no se ha examinado ni evaluado
- ☐ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

C3. [SI LA PREGUNTA C2 ES "SÍ"] Durante el proceso de selección y evaluación, ¿cuál fue el uso informado de las siguientes sustancias?

Sustancia	Uso reciente (en los últimos 30 días)	Uso anterior (más de 30 días)	Nunca usado	No documentado
a. Alcohol.....	☐	☐	☐	☐
b. Opioides	☐	☐	☐	☐
c. Cannabis	☐	☐	☐	☐
d. Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.....	☐	☐	☐	☐
e. Cocaína	☐	☐	☐	☐
f. Metanfetamina	☐	☐	☐	☐
g. Otros estimulantes	☐	☐	☐	☐
h. Alucinógenos o psicodélicos	☐	☐	☐	☐
i. Inhalantes.....	☐	☐	☐	☐
j. Otras sustancias psicoactivas.....	☐	☐	☐	☐
k. Tabaco o nicotina	☐	☐	☐	☐

C4. En los últimos 30 días, ¿su programa examinó o evaluó al cliente para detectar los siguientes trastornos? (Seleccione uno por trastorno)

Trastorno	Examinado / evaluado	No examinado	No aplica	No documentado en los registros
a. Depresión, trastornos depresivos	☐	☐	☐	☐
b. Trastornos de ansiedad	☐	☐	☐	☐
c. Trastornos bipolares	☐	☐	☐	☐
d. Psicosis, trastornos psicóticos	☐	☐	☐	☐
e. Trastornos traumáticos, incluyendo el TEPT	☐	☐	☐	☐
f. [SI EL CLIENTE < 18 AÑOS] Trastornos del desarrollo o neurológicos.....	☐	☐	☐	☐
g. [SI EL CLIENTE < 18 AÑOS] Conductual y emocional	☐	☐	☐	☐

D. DIAGNÓSTICO DE SALUD CONDUCTUAL

Por favor indique los diagnósticos actuales de salud conductual del cliente utilizando la versión más reciente de los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión, Modificación Clínica (ICD-10-CM) o los códigos correspondientes del Manual Estadístico de Diagnóstico de Trastornos Mentales (por ejemplo, DSM-5), según lo realizado por un médico y documentado en un expediente clínico.

D1. Diagnóstico de trastorno por uso de sustancias (registre hasta 3)

Ingrese el código CIE-10-CM/DSM-5 F10-F19- o indique que no hay diagnóstico |_|_|_|_|

Ingrese el código CIE-10-CM/DSM-5 F10-F19- o indique que no hay diagnóstico |_|_|_|_|

Ingrese el código CIE-10-CM/DSM-5 F10-F19- o indique que no hay diagnóstico |_|_|_|_|

☐ Sin diagnóstico

D2. Diagnóstico de salud mental (registre hasta 3)

Ingrese el código CIE-10-CM/DSM-5 F20-F99- o indique que no hay diagnóstico |_|_|_|_|

Ingrese el código CIE-10-CM/DSM-5 F20-F99- o indique que no hay diagnóstico |_|_|_|_|

Ingrese el código CIE-10-CM/DSM-5 F20-F99- o indique que no hay diagnóstico |_|_|_|_|

☐ Sin diagnóstico

D3. Otros factores que influyen en el estado de salud (registre hasta 3)

Ingrese el código CIE-10-CM/DSM-5 Z55-Z65 o Z69-Z76- o indique que no hay diagnóstico |_|_|_|_|

Ingrese el código CIE-10-CM/DSM-5 Z55-Z65 o Z69-Z76- o indique que no hay diagnóstico |_|_|_|_|

Ingrese el código CIE-10-CM/DSM-5 Z55-Z65 o Z69-Z76- o indique que no hay diagnóstico |_|_|_|_|

☐ Sin diagnóstico

OTRAS PREGUNTAS SOBRE EL ESTADO DE SALUD

Por favor Indique información adicional sobre el estado de salud según corresponda y este documentado en un expediente clínico.

D4. ¿La clienta está actualmente embarazada?

☐ Sí

☐ No

☐ No aplica

☐ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

D5. [SOLO CLIENTES CON PSICOSIS DE ALTO RIESGO CLINICO] [EN LA REEVALUACIÓN O EVALUACIÓN ANUAL] ¿Ha experimentado el cliente un episodio de psicosis desde su última evaluación?

☐ Sí

☐ No

☐ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

- D6. [SOLO PARA CLIENTES EN TRATAMIENTO POR TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS] En los últimos 30 días, ¿el cliente sufrió una sobredosis o consumo una cantidad excesiva de una sustancia que resultó en la necesidad de supervisión o atención médica?**
- ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ No aplica
 - ☐ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar
- D6a. [SI LA PREGUNTA D6 ES SÍ] Después de consumir una cantidad excesiva de una sustancia o una sobredosis, ¿qué intervención(es) recibió el cliente?**
- SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN**
- ☐ Naloxona (Narcan) u otro medicamento para revertir la sobredosis de opioides
 - ☐ Atención en una sala de emergencias
 - ☐ Atención de un proveedor de atención primaria
 - ☐ Ingreso a un hospital
 - ☐ Supervisión por otra persona
 - ☐ Otro
 - ☐ No aplica
 - ☐ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar
- D7. [SOLO PARA CLIENTES DEL PROGRAMA MAI] ¿Alguna vez el cliente ha dado positivo a una prueba del VIH?**
- ☐ Sí, VIH positivo
 - ☐ No, VIH negativo
 - ☐ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar
- D7a. [SI LA PREGUNTA D7 ES SÍ, INFECTADO POR EL VIH] ¿El cliente está actualmente en ART?**
- ☐ Sí, actualmente está en TAR
 - ☐ No, actualmente no está en TAR
 - ☐ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar
- D7b. [SI LA PREGUNTA D7 ES NO, VIH NEGATIVO] ¿El cliente está tomando actualmente PrEP para el VIH?**
- ☐ Sí, actualmente en PrEP
 - ☐ No, actualmente no está en PrEP
 - ☐ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar
- D8. ¿Alguna vez el cliente ha dado positivo en la prueba de hepatitis C?**
- ☐ Sí, infección activa o previa de hepatitis C
 - ☐ No, nunca ha tenido hepatitis C
 - ☐ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

D8a. [SI LA PREGUNTA D8 ES SÍ, INFECCIÓN ACTIVA O PREVIA POR HEPATITIS C] ¿El cliente está actualmente recibiendo tratamiento antiviral contra la hepatitis C?

- ☐ Sí, actualmente está tomando tratamiento viral contra la hepatitis C
- ☐ No, tomé tratamiento y se curó
- ☐ No, la infección por hepatitis C se resolvió de manera natural sin necesidad de tratamiento
- ☐ No, actualmente no está tomando tratamiento
- ☐ No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar

E. SERVICIOS RECIBIDOS

Los servicios recibidos son recopilados por el personal del concesionario en la reevaluación, las evaluaciones anuales y el cierre.

Identifique todos los servicios que su proyecto de subvención brindó al cliente desde su evaluación anterior.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

E1. Desde la evaluación administrativa anterior, ¿el proyecto proporcionó o refirió al cliente para uno o más servicios de salud conductual?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No documentado en los registros

E1a. Si respondió que sí, indique cuales:

	Sí, proporcionado	Referido al servicio	No proporcionado ni referido	No documentado en los registros / desconocido
a. Manejo o coordinación de casos o atención	☐	☐	☐	☐
b. Planificación del tratamiento centrado en la persona o la familia	☐	☐	☐	☐
c. Psicoeducación sobre el uso de sustancias	☐	☐	☐	☐
d. Psicoeducación en salud mental.....	☐	☐	☐	☐
e. Terapia de salud mental.....	☐	☐	☐	☐
f. Terapia concurrente (uso de sustancias y salud mental)	☐	☐	☐	☐
g. Consejería grupal	☐	☐	☐	☐
h. Consejería individual	☐	☐	☐	☐
i. Consejería familiar.....	☐	☐	☐	☐
j. Servicios de rehabilitación psiquiátrica	☐	☐	☐	☐
k. Medicamentos recetados para trastornos de salud mental.....	☐	☐	☐	☐
l. Medicamentos para el trastorno por uso de sustancias	☐	☐	☐	☐
m. Tratamiento intensivo de día	☐	☐	☐	☐
n. Manejo de la abstinencia (ya sea en el hospital, residencial o ambulatorio)	☐	☐	☐	☐
o. Planificación y derivaciones de cuidados posteriores...	☐	☐	☐	☐
p. Trastornos concurrentes (incluidos los neurológicos o del desarrollo).....	☐	☐	☐	☐

E2. [SI E1a_] = LA MEDICACIÓN PARA EL TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS ES SÍ, PROPORCIONADO] Indique la medicación recibida

	Sí – recibida	No – no recibida	No documentado en registros / desconocido
a. Naltrexona	☐	☐	☐
b. Naltrexona de liberación prolongada.....	☐	☐	☐
c. Disulfiram.....	☐	☐	☐
d. Acamprosato	☐	☐	☐
e. Metadona.....	☐	☐	☐
f. Buprenorfina	☐	☐	☐
g. Terapia para dejar de fumar (p. ej., parche, goma de mascar de nicotina)	☐	☐	☐
h. Bupropión	☐	☐	☐
i. Vareniclina.....	☐	☐	☐
j. Otro.....	☐	☐	☐

SERVICIOS DE CRISIS

E3. Desde la evaluación administrativa anterior, ¿el proyecto proporcionó o refirió al cliente para uno o más servicios de crisis?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No documentado en los registros

E3a. Si respondió que sí indique cuales: En caso afirmativo, indique cuál:

	Sí, proporcionado	Referido para el servicio	No, no se proporciona ni se refiere	No documentado en registros / desconocido
a. Planificación de respuesta antes crisis	☐	☐	☐	☐
b. Respuesta ante crisis	☐	☐	☐	☐
c. Estabilización de crisis	☐	☐	☐	☐
d. Seguimiento después de la crisis.....	☐	☐	☐	☐

SERVICIOS DE RECUPERACIÓN Y APOYO

E4. Desde la evaluación administrativa anterior, ¿el proyecto proporcionó o refirió al cliente para uno o más servicios de apoyo a la recuperación?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No documentado en los registros

E4a. Si respondió que si indique cuales:

	Sí, proporcionado	Referido para servicio	No, no se proporciona ni se refiere	No documentado en registros / desconocido
a. Apoyo para el empleo	☐	☐	☐	☐
b. Servicios de apoyo familiar, el apoyo familiar entre pares	☐	☐	☐	☐
c. Cuidado de niños.....	☐	☐	☐	☐
d. Transporte	☐	☐	☐	☐
e. Apoyo educativo	☐	☐	☐	☐
f. Apoyo para la vivienda	☐	☐	☐	☐
g. Vivienda de recuperación.....	☐	☐	☐	☐
h. Actividades espirituales, ceremoniales y/o tradicionales	☐	☐	☐	☐
i. Grupos de apoyo mutuo	☐	☐	☐	☐
j. Servicios de especialistas en apoyo entre pares, entrenamiento o mentoría	☐	☐	☐	☐
k. Cuidado de relevo	☐	☐	☐	☐
l. Cuidado terapéutico en hogares sustitutos.....	☐	☐	☐	☐

SERVICIOS INTEGRADOS

E5. Desde la evaluación administrativa anterior, ¿el proyecto proporcionó o refirió al cliente para uno o más servicios integrados?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No documentado en los registros

E5a. Si respondió que si indique cuales:

	Sí proporcionado	Referido para servicio	No, no se proporciona ni se refiere	No documentado en registros / desconocido
a. Atención primaria de salud.....	☐	☐	☐	☐
b. Atención de salud materna o / ginecología.....	☐	☐	☐	☐
c. Pruebas de VIH.....	☐	☐	☐	☐
d. Pruebas de hepatitis viral.....	☐	☐	☐	☐
e. Tratamiento del VIH.....	☐	☐	☐	☐
f. Profilaxis previa a la exposición al VIH (PrEP) .	☐	☐	☐	☐
g. Tratamiento de la hepatitis viral.....	☐	☐	☐	☐
h. Otras pruebas o tratamientos de ITS.....	☐	☐	☐	☐
i. Atención dental	☐	☐	☐	☐

F. DEMOGRAFÍA

El personal del concesionario recopila los datos demográficos en el periodo inicial solo si el cliente o el cuidador rechazaron el consentimiento para el SUPRT-C.

Si la persona rechazó el formulario SUPT-C del Cliente o Cuidador al inicio del estudio, proporcione información demográfica a continuación. Estos datos se pueden extraer de otras fuentes internas, sin embargo, aún deben provenir directamente de los clientes, con las categorías exactas u opciones de respuesta que se indican a continuación, y no asumirse.

F1. ¿Cuál es la raza o etnia del cliente? Seleccione todas las que correspondan e ingrese detalles adicionales en los espacios a continuación.

- ☐ Blanca: proporcione detalles a continuación.
 - ☐ Alemán
 - ☐ Irlandés
 - ☐ Inglés
 - ☐ Italiano
 - ☐ Polaco
 - ☐ Francés
 - ☐ Especifique, por ejemplo, escocés, noruego, holandés, etc.
- ☐ Hispana o latina: proporcione detalles a continuación.
 - ☐ Mexicano o México-Americano
 - ☐ Puertorriqueño
 - ☐ Cubano
 - ☐ Salvadoreño
 - ☐ Dominicano
 - ☐ Colombiano
 - ☐ Especifique, por ejemplo, guatemalteco, español, ecuatoriano, etc.
- ☐ Negra o afroamericana: proporcione detalles a continuación.
 - ☐ Afroamericano
 - ☐ Jamaicano
 - ☐ Haitiano
 - ☐ Nigeriano
 - ☐ Etíope
 - ☐ Somalí
 - ☐ Especifique, por ejemplo, ghanés, sudafricano, barbadense, etc.

- ☐ Asiática: proporcione detalles a continuación.
 - ☐ Chino
 - ☐ Filipino
 - ☐ Indio Asiático
 - ☐ Vietnamita
 - ☐ Coreano
 - ☐ Japonés
 - ☐ Especifique, por ejemplo, pakistaní, camboyano, hmong, etc.
- ☐ Indígena de las Américas o nativa de Alaska: proporcione detalles a continuación.
 - ☐ Especifique, por ejemplo, Nación Navajo, Tribu de los Pies Negros, Maya, Azteca, Aldea Nativa de Barrow Gobierno Tradicional Inupiat, Tlingit, etc.
- ☐ Oriente Medio o África del Norte: proporcione detalles a continuación.
 - ☐ Libanés
 - ☐ Iraní
 - ☐ Egipcio
 - ☐ Sirio
 - ☐ Marroquí
 - ☐ Israelí
 - ☐ Especifique, por ejemplo, argelino, iraquí, kurdo, etc.
- ☐ Nativa de Hawái o de las islas del Pacífico: proporcione detalles a continuación.
 - ☐ Nativo de Hawái
 - ☐ Samoano
 - ☐ Chamorro
 - ☐ Tongano
 - ☐ Fiyiano
 - ☐ Marshalés
 - ☐ Especifique, por ejemplo, palauano, tahitiano, chuukese, etc.

F2. ¿Cuál es su sexo?

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre