

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

**Herramienta de informes de rendimiento
unificados de SAMHSA (SUPRT) – A**

GUÍA DE INSTRUCCIONES PREGUNTA POR PREGUNTA

enero del 2026 V1.2



Tabla de Contenidos

Registro de Cambios.....	1
Descripción general de la guía.....	2
Fechas límite y requisitos de presentación de informes	3
Guías para la recolección de datos.....	4
Consentimiento	5
Guía de Pregunta por Pregunta	6
Sección A. Gestión de Registros	6
Sección B. Historial de Salud Conductual	10
Sección C. Exámenes de Salud Conductual	16
Sección D. Diagnóstico de Salud Conductual	20
Sección E. Servicios Recibidos	29
Sección F. Demografía	34
Referencias	37

Registro de Cambios

Texto actualizado	Fecha de revisión
Se actualizó la lógica de exclusión de la pregunta: ¿Alguna vez el cliente ha dado positivo a una prueba del VIH?	10/6/2025
Se actualizó la lógica de exclusión de la pregunta: ¿Alguna vez el cliente ha dado positivo en la prueba de hepatitis C?	10/6/2025
Longitud de caracteres del ID de cliente actualizada: Ingresa el ID del Cliente (Client ID)	10/8/2025
Actualizado para incluir respuesta que faltaba (E1p): Desde la evaluación administrativa anterior, ¿el proyecto proporcionó o refirió al cliente para uno o más servicios de salud conductual?	10/8/2025
Opciones de respuesta ICD-10 actualizadas: Diagnóstico de salud mental (registre hasta 3)	10/8/2025
Opciones de respuesta ICD-10 actualizadas: Otros factores que influyen en el estado de salud (registre hasta 3)	10/8/2025
Propósito/Puntos Clave actualizado: [SI LA PREGUNTA C2 ES “SÍ”] Durante el proceso de selección y evaluación, ¿cuál fue el uso informado de las siguientes sustancias?	11/26/2025
Opciones de respuesta ICD-10 actualizadas: Otros factores que influyen en el estado de salud (registre hasta 3)	1/30/2026
Se actualizó la lógica de exclusión de la pregunta (E2): Si E1I = MEDICACIÓN PARA TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS es Sí – Proporcionada, indique la medicación recibida.	1/30/2026

Descripción general de la guía

Estas instrucciones son para la recolección y el reporte de datos administrativos a nivel de cliente para la Herramienta de informes de rendimiento unificados administrativo (SUPRT-A) de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés). Los datos recopilados mediante esta herramienta se ingresan en el Sistema de Informes y Rendición de Cuentas sobre el Desempeño (SPARS, por sus siglas en inglés).

A continuación, se presenta un resumen de cada sección de este documento:

- 1. Fechas límite y requisitos de presentación de informes** - Esta sección proporciona una explicación de los requisitos del SUPRT-A, cuándo debe completarse el SUPRT-A y cuándo deben ingresarse en SPARS los datos recopilados mediante la herramienta SUPRT-A.
- 2. Guías para la recolección de datos** - Esta sección explica cómo completar las preguntas incluidas en el SUPRT-A.
- 3. Guía pregunta por pregunta:** Esta sección está organizada de acuerdo con las secciones de la herramienta. Para cada sección, ofrece aclaraciones sobre preguntas seleccionadas que pueden beneficiarse de orientación adicional en una o más de las siguientes áreas:

Propósito/Puntos clave:	Explica la intención de cada pregunta.
Patrón de omisión:	Indica qué elementos deben omitirse y bajo qué circunstancias. Hay ciertas preguntas que no aplican según las respuestas dadas en preguntas anteriores.
Respuestas y definiciones:	Enumera todas las opciones de respuesta para la pregunta. Aclara cómo contabilizar o registrar ciertas respuestas y proporciona definiciones si es necesario.
Preguntas de seguimiento:	Indica si hay preguntas adicionales que deben formularse según la respuesta dada a la pregunta anterior en la herramienta.
Consideraciones para el personal del beneficiario:	Aplica a las preguntas que deben ser respondidas por el personal del beneficiario; ofrece información adicional que puede ayudarles al personal del beneficiario a proporcionar respuestas más precisas.

Fechas límite y requisitos de presentación de informes

Los beneficiarios de SAMHSA que brindan servicios directos a los clientes deben recopilar los datos de SUPRT-A para cada cliente que reciba servicios. El personal del beneficiario debe recopilar datos de todos los clientes que se inscriban para recibir tratamiento o servicios, a menos que se haya aprobado un muestreo para la cohorte del programa.

El SUPRT-A lo completa el beneficiario e incluye preguntas sobre el historial de salud conductual del cliente, exámenes de salud conductual, diagnóstico de salud conductual, servicios recibidos y demográfica.

El SUPRT-A debe ser completado por el beneficiario en cada tipo de evaluación: evaluación inicial, reevaluación a los 3 o 6 meses, evaluación anual y evaluación de cierre:

- **Evaluación inicial:** Las evaluaciones iniciales deben completarse 30 días antes o después de que el cliente reciba servicios por primera vez bajo la subvención. Los clientes pueden recibir varias evaluaciones iniciales si tienen episodios adicionales de atención bajo la misma subvención (es decir, si regresan a recibir servicios después de haber cerrado un episodio de atención).
- **Reevaluación:** Las reevaluaciones deben realizarse 3 o 6 meses (90 o 180 días) después de la fecha de la evaluación inicial. Consulte su NOFO para determinar qué reevaluación (es decir, a los 3 o 6 meses) se requiere. Para la mayoría de los programas de subvención, el período de reevaluación abarca 60 días; las reevaluaciones deben completarse dentro del período de 30 días antes hasta 30 días después de la fecha de vencimiento de la reevaluación. Los programas designados por SAMHSA pueden tener un período de reevaluación de 120 días, que incluye 60 días antes y 60 días después de la fecha de vencimiento de los 3 o 6 meses, según la fecha de la evaluación inicial.
- **Evaluación anual:** Las evaluaciones anuales deben realizarse 12 meses después de la fecha de la evaluación inicial del cliente y cada 12 meses posteriormente. El período de la evaluación anual abarca 60 días; las evaluaciones anuales pueden completarse entre 30 días antes y 30 días después de la fecha de vencimiento de la evaluación anual. Los programas designados por SAMHSA pueden tener un período de evaluación anual de 120 días, que incluye 60 días antes y 60 días después del aniversario de 12 meses de la evaluación inicial.
- **Evaluación de cierre:** Las evaluaciones de cierre se completan cuando el cliente ya no recibe servicios a través del programa de subvención. Una vez que se completa una evaluación de cierre, ya no se requieren reevaluaciones ni evaluaciones anuales. Si un cliente regresa para recibir servicios después del cierre, se requerirá un nuevo ciclo de evaluaciones: inicial, de reevaluación, anual y de cierre, correspondiente al nuevo episodio de atención.

Si un cliente tiene un registro de cierre y se vuelve a inscribir para recibir servicios de su programa de subvención, el beneficiario debe completar una nueva evaluación inicial, creando un nuevo episodio de atención utilizando el mismo ID original del cliente. Las fechas de vencimiento de las reevaluaciones y evaluaciones anuales serán a los 3 meses, 6 meses o 12 meses después de la fecha en que el cliente recibió servicios por primera vez *en el nuevo episodio de atención*.

Puede encontrar más información sobre los plazos y los detalles de la transición desde la Herramienta de medidas de resultados de los clientes para programas discrecionales de la Ley

de Desempeño y Resultados Gubernamentales (GPRA) del CSAT y las Medidas de resultados nacionales (NOMs) del CMHS en la sección de Preguntas frecuentes (FAQ) del SUPRT-A dentro del apartado de [Recursos](#) en SPARS. Los beneficiarios también pueden comunicarse con su GPO (Oficial de Proyecto Gubernamental) para obtener más información.

Guías para la recolección de datos

La información reportada en el SUPRT-A debe provenir de los datos registrados en los sistemas de gestión de registros del beneficiario, por ejemplo, formularios de admisión de clientes, documentación del programa, o historiales clínicos, incluidos los historiales médicos electrónicos. Además, si los datos fueron recopilados para otro programa de subvención, los beneficiarios pueden utilizar esa información, tal que haya sido recopilada dentro de los 30 días anteriores a la fecha en que el cliente recibió servicios por primera vez en el programa actual.

Existe un período de 60 días para completar la recolección de datos del SUPRT-A para cada cliente que deba ser evaluado. Debe completarse dentro de los 30 días antes o después de los servicios iniciales (evaluación inicial) o de las fechas de vencimiento de las reevaluaciones y evaluaciones anuales. Algunos programas designados por SAMHSA pueden tener un período de 120 días para completar la evaluación inicial, la reevaluación a los 3 o 6 meses y la evaluación anual.

NOTA: No es necesario completar el SUPRT-A al mismo tiempo que la Herramienta Unificada de Informes de Rendimiento SAMHSA – Cliente/Cuidador (SUPRT-C).

Los beneficiarios deben revisar sus procesos internos actuales de recolección de datos para identificar de dónde obtener la información requerida para el SUPRT-A y determinar si es necesario ajustar los procesos internos para cumplir con los requisitos. Cuando los datos no estén disponibles en los sistemas de gestión de registros para que el personal del beneficiario los informe, el personal deberá seleccionar la opción **“No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar.”** Por ejemplo, al ingresar la respuesta a la pregunta *“En los últimos 30 días, ¿el cliente fue ingresado en un hospital?”* y no es posible determinarlo, los beneficiarios deben seleccionar **“No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar.”**

Para la Sección F. Demografía, existen consideraciones adicionales para la recolección y el reporte de los datos. Por favor, consulte esa sección para obtener más detalles.

La Tabla 1 describe las secciones del SUPRT-A y el tipo de información que se recopila en cada una de ellas.

Tabla 1. Secciones de la herramienta SUPRT-A y descripción

Sección de la herramienta	Descripción
A. Gestión de registros	Recopila detalles administrativos, incluidos el ID del cliente (Client ID), el ID del sitio (Site ID), el ID de la subvención (Grant ID) y la fecha de la evaluación.
B. Historial de salud conductual	Recopila el tipo de seguro del cliente, los servicios agudos utilizados en los últimos 30 días y la participación en el sistema de justicia en los últimos 90 días.
C. Exámenes de salud conductual	Recopila los resultados de las exámenes o evaluaciones de detección del cliente en los últimos 30 días.
D. Diagnóstico de salud conductual	Recopila el diagnóstico actual de salud conductual del cliente y otras condiciones de salud.
E. Servicios recibidos	Recopila información sobre los servicios proporcionados a través de la subvención.
F. Demografía	Recopila la información demográfica del cliente, incluyendo raza/etnia y sexo. El personal del beneficiario debe recopilar la información demográfica en SUPRT-A solo si el cliente rechaza por completo SUPRT-C . Si el cliente comienza SUPRT-C, aunque no lo complete, entonces el personal del beneficiario no deberá recopilar los datos demográficos en SUPRT-A.

Los beneficiarios pueden acceder al SUPRT-A en la sección de [Recursos](#) del sitio web de SPARS. Se requiere una cuenta de SPARS para acceder a los recursos.

No todas las secciones o preguntas son obligatorias en cada evaluación. Consulte la Tabla 2 para obtener una descripción general de las secciones requeridas de SUPRT-A según el tipo de evaluación.

Tabla 2. Secciones requeridas de SUPRT-A según el tipo de evaluación

Sección de SUPRT-A	Inicial	Reevaluación	Anual	Cierre
A. Gestión de registros	Sí*	Sí*	Sí*	Sí*
B. Historial de salud conductual	Sí	Sí	Sí	No
C. Evaluaciones de salud conductual	Sí	Sí	Sí	No
D. Diagnóstico de salud conductual	Sí	Sí	Sí	No
E. Servicios recibidos	No	Sí	Sí	Sí
F. Demografía	Sí**	No	No	No

*No todas las preguntas son obligatorias

** Esta sección no es obligatoria si los clientes dan su consentimiento para SUPRT-C en la evaluación inicial.

Consentimiento

El cliente o el cuidador puede rechazar el consentimiento para compartir información con SAMHSA, incluyendo el historial de salud conductual, las evaluaciones de salud conductual, el diagnóstico de salud conductual y los datos demográficos.

Los procesos para obtener y documentar el consentimiento para el intercambio de datos deben ser partes de la documentación de protección de los participantes que se presenta a SAMHSA al momento de la adjudicación de la subvención.

Guía de Pregunta por Pregunta

Esta sección proporciona información adicional sobre cada una de las preguntas incluidas en las diferentes secciones del SUPRT-A. Las preguntas se presentan aquí en el mismo orden en que aparecen en la herramienta.

Sección A. Gestión de Registros

Esta sección recopila la información de identificación del cliente y del beneficiario. Esta información ayuda a SAMHSA a rastrear y gestionar los datos de los clientes, garantizar la documentación adecuada y mantener la precisión en los informes y evaluaciones del programa. El personal del beneficiario recopila información administrativa de identificación del cliente, como el ID del cliente (Client ID), el ID del sitio (Site ID) y la fecha de la evaluación, para el registro y seguimiento en SPARS.

Instrucciones para las secciones

La información de GESTIÓN DE REGISTROS es recopilada por el personal del beneficiario en la evaluación inicial, la reevaluación, la evaluación anual y el cierre, incluso cuando el SUPRT-C no sea requerido o no se haya completado. La información de GESTIÓN DE REGISTROS se recopila en el SUPRT-A por el personal del beneficiario utilizando los datos del cliente documentados en el sistema de registro.

Ingrese el ID del Cliente (Client ID) — El ID del Cliente es un identificador único que el beneficiario asigna a cada cliente. Puede tener entre 1 y 50 caracteres e incluir tanto números como letras. Este ID tiene el propósito de rastrear a un cliente específico a través de sus evaluaciones (inicial, de reevaluación, anual y de cierre), manteniendo al mismo tiempo el anonimato del cliente. Cada cliente debe tener su propio ID único. Los beneficiarios deben usar el mismo ID de cliente único cada vez que se evalúe a ese cliente, incluso si el cliente tiene más de un episodio de atención. Por razones de confidencialidad, no se debe utilizar ninguna parte de la fecha de nacimiento, número de Seguro Social, número de Medicaid/Medicare, nombre u otra información de identificación personal del cliente en el ID del Cliente.

Ingrese el ID del Sitio (Site ID) — Los ID de Sitio pueden utilizarse para diferenciar entre varias ubicaciones bajo una misma subvención. La herramienta SUPRT-A proporcionará un menú desplegable con los ID de Sitio asociados a la subvención. Si una subvención no tiene un ID de Sitio asociado, los beneficiarios pueden dejar este campo en blanco. Por ejemplo, CSAT históricamente no ha tenido ID de Sitio y, por lo tanto, deben dejar este campo en blanco.

Ingrese el ID de la Subvención (Grant ID) — El ID de la Subvención es el número de identificación de la subvención asignado por SAMHSA. Los ID de Subvención se pueden encontrar en la Notificación de Adjudicación (NOA, por sus siglas en inglés).

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

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar el mes y el año de nacimiento del cliente para comprender a quién le está llegando el programa y determinar si deben utilizarse indicaciones y patrones de omisión para niños o adultos.
Patrón de omisión	Solo responda a esta pregunta si se trata de una evaluación inicial. Omita esta pregunta si <u>no</u> es una evaluación inicial.
Respuestas y Definiciones	Ingrese la fecha en el formato MM/AAAA. EJEMPLO: Enero de 2000 debe ingresarse como 01/2000. Esta pregunta es obligatoria para la presentación del registro.

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

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar la fecha en que se realiza la evaluación.
Patrón de omisión	Ninguno
Respuestas y Definiciones	Ingrese la fecha en el formato MM/DD/AAAA. EJEMPLO: 3 de enero de 2000 debe ingresarse como 01/03/2000. Esta pregunta es obligatoria para la presentación del registro

A3. ¿Qué tipo de evaluación?

Propósito/Puntos Clave	La intención es registrar el tipo de evaluación para el que se recopilan los datos.
Patrón de omisión	Ninguno
Respuestas y Definiciones	• <i>Periodo Inicial</i> – La evaluación que se completa cuando un cliente comienza un nuevo episodio de atención. • <i>Reevaluación</i> – La evaluación que se realiza cuando un cliente ha estado en atención durante 3 o 6 meses desde que recibió los primeros servicios del episodio actual, tal que no se haya completado el cierre del registro. • <i>Anual</i> – La evaluación que se realiza cuando un cliente ha estado en atención durante 12 meses desde que recibió los primeros servicios del episodio actual, y cada 12 meses posteriormente hasta que se complete el cierre del registro. • <i>Cierre de récord</i> – La evaluación que se realiza cuando un cliente completa el programa o ya no participa en los servicios de la subvención (por ejemplo, cliente perdido de contacto, cliente se retira o rechaza la atención, cliente referido o transferido fuera de la atención, cliente encarcelado, se mudó de la zona, falleció, etc.). Los cierres de registro son obligatorios para todos los clientes activos al final del proyecto de la subvención. Esta pregunta es obligatoria para la presentación del registro.

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

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar la fecha en que el cliente comenzó a recibir servicios como resultado de la subvención en el episodio de atención actual.
Patrón de omisión	Solo responda a esta pregunta si se trata de una evaluación inicial. Omita esta pregunta si <u>no</u> es una evaluación inicial.
Respuestas y Definiciones	Ingrese la fecha en el formato MM/AAAA. EJEMPLO: Enero de 2000 debe ingresarse como 01/2000. Esta pregunta es obligatoria para la presentación del registro inicial. Si el cliente está comenzando un nuevo episodio de atención (segundo, tercero, etc.), ingrese la fecha en que el cliente comenzó a recibir servicios bajo la subvención en este nuevo episodio de atención.

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

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar la fecha más reciente en que el cliente recibió servicios durante el episodio actual de atención.
Patrón de omisión	Solo responda a esta pregunta si se trata de una evaluación de reevaluación, anual o de cierre del registro. Omita esta pregunta si se trata de una evaluación inicial.
Respuestas y Definiciones	Ingrese la fecha en el formato MM/AAAA. EJEMPLO: Enero de 2000 debe ingresarse como 01/2000. Esta pregunta es obligatoria para la presentación del registro de reevaluación, anual o de cierre.

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

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

Propósito/Puntos Clave	La intención es registrar la razón por la que el cliente ya no recibe activamente los servicios de subvención de SAMHSA.
Patrón de omisión	Solo responda a esta pregunta si se trata de una evaluación de cierre del registro. Omita esta pregunta si <u>no</u> se trata de una evaluación de cierre del registro.
Respuestas y Definiciones	• <i>Completó el programa</i> – El cliente completó el programa o se retiró antes de completarlo con la aprobación del personal de tratamiento • <i>Sin contacto</i> – El cliente no tuvo contacto con la subvención y el personal de la subvención no pudo comunicarse con él durante un período establecido en la política interna o durante un período de 12 meses. • <i>Se retiró/Rechazó el tratamiento</i> – El cliente decidió finalizar o no seguir el plan de tratamiento en contra del consejo clínico. • <i>Fue referido a otro lugar</i> – El cliente fue dirigido a otro programa o servicio, incluidos aquellos que no son financiados por SAMHSA. • <i>Transferido a un programa financiado por una subvención diferente</i> – El cliente fue transferido a otro programa de subvención dentro de la organización beneficiaria y ya no recibe servicios bajo esta subvención. • <i>Encarcelamiento</i> – El cliente estuvo encarcelado mientras recibía los servicios. • <i>Se mudó</i> – El cliente se mudó y ya no puede continuar con el tratamiento o los servicios bajo la subvención. • <i>Falleció</i> – El cliente falleció antes de completar los servicios o el tratamiento. • <i>Otro</i> – El cierre del registro del cliente no corresponde a ninguna de las categorías listadas.
Preguntas de seguimiento	Si la razón del cierre del registro del cliente es “Fallecimiento”, responda la pregunta de seguimiento A6a: • A6a. [SI LA PREGUNTA A6 ES FALLECIMIENTO] ¿Cuál fue la causa de muerte? Opciones de respuesta: - <i>Suicidio</i> - <i>Sobredosis</i> - <i>Otra causa relacionada con la salud conductual</i> - <i>Otra causa</i> - <i>No documentada en el expediente</i> - Si los beneficiarios no saben la causa de la muerte, no deben asumirla y deben seleccionar no documentada en el registro.

Sección B. Historial de Salud Conductual

Esta sección recopila información sobre el seguro del cliente, el uso de hospitales o servicios de emergencia y su participación en el sistema de justicia. **Estos datos se utilizan** para monitorear los resultados del programa, como el aumento del acceso a la atención y la disminución del uso de los sistemas de emergencia o de la participación en el sistema de justicia.

B1. ¿Qué tipo de seguro tiene el cliente o su garante? Seleccione todas las opciones que correspondan.

Propósito/Puntos Clave	La intención es registrar qué seguro tiene el cliente o su garante. Los clientes pueden tener más de un seguro.
Patrón de omisión	Omitir en el cierre del registro.
Respuestas y Definiciones	• <i>Medicare</i> – Un programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más; ciertas personas más jóvenes con discapacidades; personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante). • <i>Medicaid</i> – Atención médica proporcionada por los estados y el gobierno federal para ayudar a personas de bajos ingresos, familias y niños, mujeres embarazadas, personas mayores y personas con discapacidades. • <i>Seguro privado o proporcionado por el empleador</i> – Atención médica proporcionada por diversas fuentes, incluido el empleador del individuo y un mercado estatal o federal. Incluye organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO), opciones de proveedores participantes (PPO), organizaciones de proveedores exclusivos (EPO) y planes de punto de servicio (POS). El gobierno no proporciona seguro de salud privado. • <i>TRICARE, CHAMPUS, CHAMPVA u otro seguro de atención médica para veteranos o militares</i> – Programas de salud diseñados específicamente para miembros en servicio activo o retirados de las Fuerzas Armadas de EE. UU., miembros de la Guardia Nacional/Reserva y sus familias (por ejemplo, cónyuges/hijos). • <i>Servicio de Salud Indígena Atención Médica Tribal</i> – Atención médica proporcionada por programas de salud indígenas, incluidos el Indian Health Service (IHS), una tribu o un programa de salud indígena urbano • <i>Un programa de asistencia [por ejemplo, un programa de asistencia con medicamentos]</i> – Programas que ayudan a las personas a acceder a la atención médica y a la cobertura. A menudo se basan en la edad, los ingresos y/o las pautas de empleo. Por ejemplo, un programa de asistencia para medicamentos, que brinda ayuda económica para reducir los costos de las recetas a adultos de 65 años o más. • <i>Cualquier otro tipo de seguro de salud o plan de cobertura de salud</i> – Otro seguro de salud o plan de cobertura de salud que no se haya mencionado anteriormente. • <i>Ninguno</i> – El cliente no tiene seguro de salud.

Respuestas y Definiciones (cont.)	• <i>No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar</i> – La información sobre el seguro de salud del cliente no está documentada o no se puede alinear con las opciones de respuesta El <i>garante</i> es la persona responsable de cubrir los gastos de los servicios de salud conductual. Esta persona no necesariamente es quien recibe la atención, pero puede ser quien tenga el seguro para la familia o actuar como cuidador, especialmente si el cliente es menor de edad.
Consideraciones para el personal del beneficiario	Esta es una pregunta de seleccione todas las opciones que correspondan. Si se selecciona “Ninguno” o “No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar”, no se puede seleccionar ningún otro tipo de seguro de salud.

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

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar si el cliente estuvo hospitalizado en los últimos 30 días y, de ser así, la razón de la admisión.
Patrón de omisión	Omitir en el cierre del registro
Respuestas y Definiciones	• <i>Sí – por razones de salud conductual, por ejemplo, salud mental o trastorno por uso de sustancias</i> – Utilice esta respuesta si el cliente fue hospitalizado (una o más noches) una o varias veces por motivos de salud mental, uso de sustancias o una crisis de salud conductual. • <i>Sí – por otras razones de salud, por ejemplo, lesiones o enfermedades</i> – Utilice esta respuesta si el cliente no tuvo hospitalización(es) por motivos de salud conductual, pero sí fue hospitalizado por lesión o enfermedad. Tenga en cuenta que si la lesión física fue resultado de una crisis de salud conductual, debe registrarse bajo razones de salud conductual. • <i>No</i> – La información sobre visitas hospitalarias se recopila y documenta de manera rutinaria, pero no se produjo ninguna durante los últimos 30 días. • <i>No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar</i> - La información sobre hospitalización(es) no está disponible en los registros del cliente o la documentación no proporciona la razón de la hospitalización y/o la fecha.

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

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar si el cliente visitó un departamento de emergencias (ED) en los últimos 30 días y, de ser así, la razón de la visita.
Patrón de omisión	Omitir en el cierre del registro.
Respuestas y Definiciones	• <i>Sí – Razones de salud conductual, por ejemplo, salud mental o trastorno por uso de sustancias</i> – Utilice esta respuesta si el cliente visitó un departamento de emergencias una o más veces por motivos de salud mental, uso de sustancias o una crisis de salud conductual. • <i>Sí – por otras razones de salud, por ejemplo, lesiones o enfermedades</i> – Utilice esta respuesta si el cliente no tuvo ninguna visita a atención urgente, departamento de emergencias o sala de emergencias por motivos de salud conductual, pero sí tuvo que acudir a la sala de emergencias o atención urgente por lesión o enfermedad. Tenga en cuenta que si la lesión física fue resultado de una crisis de salud conductual, debe registrarse bajo razones de salud conductual. • <i>No</i> – La información sobre visitas al departamento de emergencias está documentada, pero no se produjo ninguna durante los últimos 30 días. • <i>No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar</i> - La información sobre visitas al departamento de emergencias no está disponible en los registros del cliente o la documentación no proporciona la razón de la visita y/o la fecha. El <i>departamento de emergencias</i> incluye tanto el departamento de emergencias como la sala de emergencias.

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?

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

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar si el cliente experimentó una crisis de salud conductual o solicitó atención de crisis en los últimos 30 días.
Patrón de omisión	Omitir en el cierre del registro.
Respuestas y Definiciones	• <i>Sí</i> – Crisis de salud conductual o solicitud de atención de crisis en los 30 días previos a la evaluación. • <i>No</i> – A los clientes se les pregunta rutinariamente sobre crisis de salud conductual y sus respuestas se documentan en los registros, pero no ocurrió ninguna crisis en los 30 días previos a la evaluación. • <i>No documentado en los registros o no documentado en los registros según este estándar</i> – Utilice esta respuesta cuando no se haya reportado ninguna crisis y los datos sobre crisis de salud conductual no se recopilen ni documenten de manera rutinaria y/o la fecha de la crisis no haya sido registrada.
Preguntas de seguimiento	Si la respuesta a la Pregunta B4 es “Sí”, responda la pregunta de seguimiento B4a: • B4a. ¿Cuál es el principal motivo de la crisis? Los encuestados deben seleccionar una de las siguientes opciones de respuesta: – <i>Riesgo de suicidio- Situación en la que un individuo se encuentra en riesgo inmediato o inminente de morir por suicidio.</i> – <i>Otro riesgo de daño a sí mismo o a otros (por ejemplo, autolesión no suicida [NSSI], pensamientos homicidas) – Probabilidad sustancial de que una persona, en un futuro cercano, cause una lesión física grave a sí misma o a otra persona.</i> – <i>Salud mental -Situación en la que el estado emocional o mental de una persona representa un peligro inmediato para sí misma o para otros, o afecta gravemente su capacidad para funcionar y cuidarse a sí misma.</i> – <i>Uso de sustancias que no sean sobredosis- Consumo de sustancias, incluidos drogas ilegales, alcohol y el abuso de medicamentos con receta.</i> – <i>Sobredosis- Una sobredosis ocurre cuando una cantidad tóxica de una sustancia, o una combinación de sustancias, sobrepasa la capacidad del cuerpo para funcionar correctamente. Una sobredosis puede provocar lesiones graves e incluso la muerte.</i> – <i>Otro</i> – <i>No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar</i>
Consideraciones para el personal del beneficiario	Si un cliente tuvo múltiples crisis de salud conductual o solicitó respuestas de crisis por diferentes motivos, seleccione “Otro” para B4a.

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?

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar si el cliente pasó una o más noches en un centro residencial de tratamiento de salud conductual en los últimos 30 días.
Patrón de omisión	Omitir en el cierre del registro.
Respuestas y Definiciones	• <i>Sí</i> – En los 30 días previos a la evaluación, el cliente pasó una o más noches en un centro residencial de tratamiento de salud conductual, por ejemplo, en un centro de estabilización de crisis, un centro residencial de tratamiento por trastorno por uso de sustancias, un centro residencial de tratamiento de salud mental o manejo de la abstinencia. No se debe incluir el tratamiento intensivo diurno en un centro residencial. Tampoco se deben reportar aquí las noches pasadas en un hospital por razones de salud conductual. • <i>No</i> – La información sobre tratamiento residencial de salud conductual se recopila y documenta de manera rutinaria en los registros del cliente, y el cliente no pasó ninguna noche en este tipo de centro durante los 30 días previos a la evaluación. • <i>No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar</i> - Utilice esta respuesta cuando no se haya reportado ningún tratamiento residencial y los datos sobre tratamiento residencial de salud conductual no se recopilen ni documenten de manera rutinaria y/o la fecha del tratamiento no haya sido registrada.

B6. [SOLO CLIENTES DE 11 AÑOS O MÁS] En los últimos 90 días, ¿el cliente fue arrestado, detenido o puesto bajo custodia?

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar si el cliente fue arrestado, detenido, o puesto bajo custodia en los últimos 90 días.
Patrón de omisión	Solo responda esta pregunta si el cliente tiene 11 años o más. Omita la pregunta si el cliente tiene <u>menos</u> de 11 años. Omitir en el cierre del registro.
Respuestas y Definiciones	• <i>Sí</i> – En los 90 días previos a la evaluación, se informó y documentó por parte del beneficiario que el cliente fue arrestado, detenido, o puesto bajo custodia una o más veces. No se debe reportar aquí a alguien que haya sido parado por la policía, pero haya quedado en libertad. • <i>No</i> • <i>No aplica</i> • <i>No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar</i>

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 ?

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar si el cliente pasó una o más noches en la cárcel o en un centro correccional en los últimos 90 días.
Patrón de omisión	Solo responda esta pregunta si el cliente tiene 11 años o más. Omita la pregunta si el cliente tiene <u>menos</u> de 11 años. Omitir en el cierre del registro.
Respuestas y Definiciones	• <i>Sí</i> • <i>No</i> • <i>No aplica</i> • <i>No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar</i>

B8. [SOLO CLIENTES DE 11 AÑOS O MÁS] En los últimos 90 días, ¿el cliente ha estado en libertad condicional o supervisión preventiva intensiva durante uno o más días?

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar si el cliente estuvo en libertad condicional, libertad supervisada o bajo supervisión intensiva previa al juicio durante uno o más días en los últimos 90 días.
Patrón de omisión	Esta pregunta solo debe responderse si el cliente tiene 11 años o más. Omítala si el cliente tiene menos de 11 años. Omitir en el cierre del registro.
Respuestas y Definiciones	• <i>Sí</i> – En los registros del cliente hay documentación de que, en los 90 días previos a la evaluación, el cliente estuvo en libertad condicional, libertad bajo palabra o bajo supervisión intensiva durante uno o más días. • <i>No</i> – La información sobre libertad condicional, libertad bajo palabra o supervisión intensiva del cliente se recopila y documenta de forma rutinaria en los registros del cliente, y el cliente no tuvo ningún día bajo dichas condiciones en los 90 días previos a la evaluación. • <i>No aplica</i> – El cliente tiene menos de 11 años o este es un registro de cierre. • <i>No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar</i>

Sección C. Exámenes de Salud Conductual

Esta sección recopila información sobre la salud conductual, incluyendo evaluaciones para detectar riesgo suicida, uso de sustancias y trastornos de salud mental. Estos datos se utilizan para monitorear los resultados de salud conductual de los clientes. El personal del beneficiario debe consultar los registros del cliente para obtener esta información.

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

Propósito/Puntos Clave	El objetivo es registrar si el cliente fue examinado o evaluado por riesgo de suicidio en los últimos 30 días. No se requiere una herramienta específica para la evaluación del riesgo de suicidio. Sin embargo, se prefiere que, cuando sea posible, los beneficiarios utilicen la asistencia técnica disponible de SAMHSA para seleccionar herramientas estandarizadas que hayan sido validadas o adaptadas a su contexto; puede ser necesario que el beneficiario seleccione herramientas diferentes para las distintas poblaciones a las que presta servicios. Para obtener más orientación: Para los beneficiarios que deseen aprender más sobre cómo incorporar la evaluación del riesgo de suicidio, cómo desarrollar un plan de seguridad suicida o cómo evaluar el acceso a medios letales, se recomienda que comiencen con el Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio (SPRC, por sus siglas en inglés) de SAMHSA en: www.sprc.org.
Patrón de omisión	Omitir en el cierre del registro.
Respuestas y Definiciones	• <i>Sí – Resultado del examen fue negativo (sin riesgo o de bajo riesgo)</i> – Utilice esta respuesta si el cliente fue evaluado por riesgo de suicidio y no se identificó que estuviera en riesgo. • <i>Sí – Resultado del examen fue positivo (en riesgo)</i>– Utilice esta respuesta si el cliente fue evaluado una o más veces en los 30 días previos a la evaluación por riesgo de suicidio y se determinó que estaba en riesgo en cualquiera de las evaluaciones. • <i>No, no se ha examinado ni evaluado</i>– Utilice esta respuesta si el cliente no fue evaluado por riesgo de suicidio en los 30 días previos a la evaluación, incluso si la evaluación no estaba indicada debido a la edad o evaluaciones previas. • <i>No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar</i>– Utilice esta respuesta si los resultados de las evaluaciones de riesgo de suicidio no están documentados en los registros del cliente y/o si la fecha de la evaluación documentada no está registrada.

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

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar si el cliente fue evaluado o examinado por su programa por consumo de alcohol o sustancias en los últimos 30 días.
Patrón de omisión	Omitir en el cierre del registro.
Respuestas y Definiciones	• <i>Sí – el resultado del examen fue negativo (sin riesgo o bajo riesgo de trastorno por uso de sustancias (SUD))</i> • <i>Sí – el resultado del examen fue positivo (en riesgo de SUD)</i> • <i>No, no se ha examinado ni evaluado</i> • <i>No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar</i>

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

- 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

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar si el cliente informó sobre el consumo de alcohol o sustancias durante la evaluación o examen, y, de ser así, la reciente ocurrencia de dicho consumo. Esto solo incluye el consumo de alcohol y el abuso de sustancias ilícitas o nocivas. Las sustancias consumidas según prescripción médica no deben reportarse aquí.
Patrón de omisión	Solo responda esta pregunta si la Pregunta C2 es “Sí”. Omita la pregunta si la respuesta a la Pregunta C2 es “No, no se ha examinado ni evaluado” o “No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar”. Omitir en el cierre del registro.
Respuestas y Definiciones	Los encuestados deben registrar el consumo reportado por el cliente de cada una de las once sustancias listadas: Los encuestados deben indicar el consumo reportado por el cliente de cada sustancia listada utilizando las siguientes opciones de respuesta. Por favor, registre el consumo de sustancias perjudiciales o ilícitas. Es posible que una sustancia sea recetada por un proveedor autorizado o que el cliente la haya consumido de acuerdo con las directrices de seguridad oficiales nacionales. No incluya sustancias que se consumen únicamente según lo prescrito o que se usan en cada ocasión de acuerdo con las directrices de seguridad oficiales nacionales. • Uso reciente (en los últimos 30 días) • Uso anterior (más de 30 días) • Nunca usado • No documentado Si el cliente se negó a responder o no pudo recordar su consumo de sustancias durante la evaluación o examen, seleccione “No documentado”. Si un cliente ha reportado tanto uso reciente como uso pasado, registre únicamente que ha usado recientemente.

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

- a. Depresión, trastornos depresivos
- b. Trastornos de ansiedad
- c. Trastornos bipolares
- d. Psicosis, trastornos psicóticos
- e. Trastornos traumáticos, incluyendo TEPT
- f. [SI EL CLIENTE ES < 18 AÑOS]
Trastornos del desarrollo o neurológicos
- g. [SI EL CLIENTE ES < 18 AÑOS]
Conductual y emocional

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar si el cliente fue evaluado o examinado por su programa para determinados trastornos de salud conductual en los últimos 30 días. No se requiere una herramienta específica para las necesidades de salud mental indicadas a continuación. Sin embargo, se recomienda que, cuando sea posible, los beneficiarios utilicen la asistencia técnica disponible de SAMHSA para seleccionar herramientas estandarizadas que hayan sido validadas o adaptadas a su contexto; puede ser necesario que el beneficiario seleccione diferentes herramientas para las distintas poblaciones a las que presta servicios. A continuación se presentan ejemplos más específicos.
Patrón de omisión	Omitir en el cierre del registro.
Respuestas y Definiciones	• <i>Examinado/evaluado</i> • <i>No examinado</i> • <i>No aplica – Para C4f y C4g, clientes de 18 años o más.</i> • <i>No documentado en los registros</i> a. <i>Depresión, trastornos depresivos</i> b. <i>Trastornos de ansiedad</i> c. <i>Trastornos bipolares</i> d. <i>Psicosis, trastornos psicóticos</i> e. <i>Trastornos traumáticos, incluyendo TEPT</i> f. <i>[SI EL CLIENTE ES < 18 AÑOS] Trastornos del desarrollo o neurológicos</i> g. <i>[SI EL CLIENTE ES < 18 AÑOS] Conductual y emocional</i>

Sección D. Diagnóstico de Salud Conductual

Esta sección recopila información sobre diagnósticos, incluidos los del uso de sustancias, salud mental y otros diagnósticos de salud física. Estos datos se utilizan para monitorear los resultados de salud de los clientes.

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

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar los diagnósticos actuales de trastorno por uso de sustancias del cliente. El ICD-10 es un conjunto de códigos de clasificación para categorizar diagnósticos y motivos de consulta en todos los entornos de atención médica, y es obligatorio para la codificación médica de cualquier persona cubierta bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Si se ha realizado un diagnóstico, debe documentarse aquí utilizando la codificación estándar. Para obtener más información sobre el ICD-10, consulte: ICD-10 CMS (https://www.cms.gov/medicare/coding-billing/icd-10-codes).
Patrón de omisión	Omitir en el cierre del registro.
Respuestas y Definiciones	Los encuestados deben indicar los códigos de diagnóstico para cada uno de los trastornos por uso de sustancias actuales del cliente: • <i>Ingrese ICD-10-CM F10-F19 (hasta 3)</i> • <i>Sin diagnóstico</i> F10 Trastornos relacionados con el alcohol F11 Trastornos relacionados con opioides F12 Trastornos relacionados con cannabis F13 Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos F14 Trastornos relacionados con cocaína F15 Otros trastornos relacionados con estimulantes F16 Trastornos relacionados con alucinógenos F17 Dependencia de nicotina F18 Trastornos relacionados con inhalantes F19 Otros trastornos relacionados con sustancias psicoactivas Tenga en cuenta que la descripción breve de cada código de la categoría F se proporciona para ayudar a capturar los registros; sin embargo, consulte ICD-10 CMS en https://www.cms.gov/medicare/coding-billing/icd-10-codes para actualizaciones. Reporte únicamente la categoría de tres caracteres del código de diagnóstico, incluso si se dispone de información más detallada en los registros del cliente. Por ejemplo, reporte tanto F10.13 como F10.182 como F10. Si aplican más de tres códigos, indique los códigos más relevantes para la participación del cliente en los servicios del programa de SAMHSA
Consideraciones para el personal del beneficiario	La herramienta en papel permite al personal escribir el código de diagnóstico. En la entrada de datos, se presentará un menú desplegable con los códigos listados anteriormente.

D2. Diagnóstico de salud mental (registre hasta 3)

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar los diagnósticos actuales de salud mental del cliente. El ICD-10 es un conjunto de códigos de clasificación para categorizar diagnósticos y motivos de consulta en todos los entornos de atención médica, y es obligatorio para la codificación médica de cualquier persona cubierta bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Si se ha realizado un diagnóstico, debe documentarse aquí utilizando la codificación estándar. Para obtener más información sobre el ICD-10, consulte: ICD-10 CMS https://www.cms.gov/medicare/coding-billing/icd-10-codes.
Patrón de omisión	Omitir en el cierre del registro.
Respuestas y Definiciones	Los encuestados deben indicar los códigos de diagnóstico para cada uno de los diagnósticos actuales de salud mental del cliente: • <i>Ingrese ICD-10-CM códigos F20-F34, F39-F45, F48, F50-F51, F60, F63, F90, F91, F93-F95, F98-F99 (hasta 3)</i> • <i>Sin diagnóstico</i> F20 Esquizofrenia F21 Trastorno esquizotípico F22 Trastornos delirantes F23 Trastorno psicótico breve F24 Trastorno psicótico compartido F25 Trastornos esquizoafectivos F28 Otro trastorno psicótico no debido a sustancias ni condición fisiológica conocida F29 Psicosis no especificada no debida a sustancias ni condición fisiológica conocida F30 Episodio maníaco F31 Trastorno bipolar F32 Episodio depresivo F33 Trastorno depresivo mayor recurrente F34 Trastornos afectivos persistentes F39 Trastorno afectivo no especificado F40 Trastornos de ansiedad fóbica F41 Otros trastornos de ansiedad F42 Trastorno obsesivo-compulsivo F43 Reacción a estrés severo y trastornos de adaptación F44 Trastornos disociativos y de conversión

Respuestas y Definiciones (cont.)	F45 Trastornos somatomorfos F48 Otros trastornos mentales no psicóticos F50 Trastornos de la alimentación F51 Trastornos del sueño no debidos a sustancias ni condición fisiológica conocida F52 Disfunción sexual no debida a sustancias ni condición fisiológica conocida F53 Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte F54 Factores psicológicos y conductuales asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte F55 Abuso de sustancias no psicoactivas F59 Síndromes conductuales no especificados asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos F60 Trastornos específicos de la personalidad F63 Trastornos del impulso F64 Trastornos de la identidad de género F65 Parafilias F66 Otros trastornos sexuales F68 Otros trastornos de la personalidad y conducta adulta F69 Trastorno no especificado de la personalidad y conducta adulta F70 Discapacidad intelectual leve F71 Discapacidad intelectual moderada F72 Discapacidad intelectual grave F73 Discapacidad intelectual profunda F78 Otras discapacidades intelectuales F79 Discapacidad intelectual no especificada F80 Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje y habla F81 Trastornos específicos del desarrollo de habilidades escolares F82 Trastorno específico del desarrollo de la función motora F84 Trastornos del desarrollo generalizado F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico F89 Trastorno del desarrollo psicológico no especificado F90 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad F91 Trastornos de conducta F93 Trastornos emocionales con inicio específico en la infancia F94 Trastornos de funcionamiento social con inicio específico en infancia y adolescencia F95 Trastorno de tics F98 Otros trastornos conductuales y emocionales con inicio generalmente en infancia o adolescencia F99 Trastorno mental no especificado Tenga en cuenta que la descripción breve de cada código de la categoría F se proporciona para ayudar a capturar los registros; sin embargo, consulte ICD-10 CMS en https://www.cms.gov/medicare/coding-billing/icd-10-codes para actualizaciones.
--	---

Respuestas y Definiciones (cont.)	Reporte únicamente la categoría de tres caracteres del código de diagnóstico, incluso si se dispone de información más detallada en los registros del cliente. Por ejemplo, reporte tanto F25.1 y F25.8 como F25. Use F99 únicamente si este es el código de diagnóstico documentado en los registros del cliente. Si el cliente tiene un código de diagnóstico que no está incluido en la lista anterior, informe los diagnósticos que sí están incluidos o indique Sin diagnóstico. Si aplican más de tres códigos, indique los códigos más relevantes para la participación del cliente en los servicios del programa SAMHSA.
Consideraciones para el personal del beneficiario	La herramienta en papel permite al personal escribir el código de diagnóstico. En la entrada de datos, se presentará un menú desplegable con los códigos listados anteriormente.

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

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar otros factores sociales determinados clínicamente (por ejemplo, problemas relacionados con la educación y alfabetización, empleo, circunstancias psicológicas o psicosociales) que influyen en el estado de salud del cliente. Aunque los códigos “Z” están incluidos en las clasificaciones ICD-10-CM, son códigos de motivo de encuentro utilizados para documentar los determinantes sociales de la salud (SDOH, por sus siglas en inglés), no un diagnóstico. Por lo tanto, los códigos “Z” se pueden seleccionar basándose en datos autoinformados y/o información documentada por cualquier miembro del equipo de atención si su documentación está incluida en los registros del cliente.
Patrón de omisión	Omitir en el cierre del registro.
Respuestas y Definiciones	Los encuestados pueden registrar <u>hasta 3 códigos</u> actuales de otros factores que influyen en el estado de salud o indicar sin “diagnóstico”: • <i>Ingrese ICD-10-CM códigos Z55-Z57, Z59-Z60, Z62-Z65, Z69 (hasta 3)</i> • <i>Sin diagnóstico</i> Z55 Problemas relacionados con educación y alfabetización Z56 Problemas relacionados con empleo y desempleo Z57 Exposición ocupacional a factores de riesgo Z58 Problemas relacionados con el entorno físico Z59 Problemas relacionados con vivienda y circunstancias económicas Z60 Problemas relacionados con el entorno social Z62 Problemas relacionados con la crianza Z63 Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario, incluidas las circunstancias familiares

	Z64 Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales
Respuestas y Definiciones (cont.)	Z65 Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales Z69 Encuentro por servicios de salud mental para víctimas y perpetradores de abuso Z70 Consejería relacionada con actitud, comportamiento y orientación sexual Z71 Personas que reciben servicios de salud para otra consejería y asesoramiento médico, no clasificado en otra parte Z72 Problemas relacionados con el estilo de vida Z73 Problemas relacionados con dificultad en la gestión de la vida Z74 Problemas relacionados con dependencia del proveedor de cuidado Z75 Problemas relacionados con centros médicos y otros servicios de salud Z76 Personas que encuentran servicios médicos en otras circunstancias Tenga en cuenta que la descripción breve de cada código Z se proporciona para ayudar a capturar los registros; sin embargo, consulte ICD-10 CMS en https://www.cms.gov/medicare/coding-billing/icd-10-codes para actualizaciones. Reporte únicamente la categoría de tres caracteres del código Z, incluso si se dispone de información más detallada en los registros del cliente. Por ejemplo, reporte tanto Z69.81 y Z69.02 como Z69. Si el cliente tiene un código de categoría Z que no está incluido en la lista anterior, informe los códigos Z que sí están incluidos o indique Sin diagnóstico. Si aplican más de tres códigos, indique los códigos más relevantes para la participación del cliente en el programa de subvenciones de SAMHSA
Consideraciones para el personal del beneficiario	La herramienta en papel permite al personal escribir el código de diagnóstico. En la entrada de datos, se presentará un menú desplegable con los códigos listados anteriormente.

Otras preguntas sobre el estado de salud

Los encuestados documentarán información adicional sobre el estado de salud según corresponda y según esté documentado en el historial clínico del cliente.

D4. ¿La clienta está actualmente embarazada?

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar el estado actual de embarazo del cliente.
Patrón de omisión	Omitir en el cierre del registro.
Respuestas y Definiciones	Los encuestados deben seleccionar una de las siguientes opciones de respuesta: • <i>Sí</i> • <i>No</i> • <i>No aplica</i> • <i>No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar</i>

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

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar si el cliente ha experimentado un episodio de psicosis reciente.
Patrón de omisión	Solo responda a esta pregunta si el programa de la subvención es un Programa de Alto Riesgo Clínico de Psicosis (CHR-P) y la evaluación es una reevaluación de 3 o 6 meses o una evaluación anual. <u>Omitir</u> esta pregunta en la evaluación inicial y en la de cierre de registro.
Opciones de respuesta	Los encuestados deben seleccionar una de las siguientes opciones de respuesta: • <i>Sí</i> • <i>No</i> • <i>No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar</i>
Consideraciones para el personal del beneficiario	Para batch upload: Los programas aparte de CHR-P pueden usar el valor -1 para indicar que esta pregunta no aplica. Para entrada de datos manual: Los programas aparte de CHR-P deben dejar esta pregunta en blanco; durante la limpieza de datos se añadirá un valor de -1 para indicar que esta pregunta no aplica.

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?

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.

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar si el cliente ha experimentado una sobredosis o, de otro modo, ha requerido supervisión o atención médica como resultado de su consumo de sustancias en los últimos 30 días.
Patrón de omisión	Solo responda a esta pregunta si el programa de la subvención es un Centro de Tratamiento del Abuso de Sustancias (CSAT); si no es, omita la pregunta. Omitir esta pregunta en la evaluación de cierre de registro.
Respuestas y Definiciones	Los encuestados deben seleccionar una de las siguientes opciones de respuesta: • <i>Sí</i> • <i>No</i> • <i>No aplica</i> • <i>No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar</i>
Preguntas de seguimiento	Si la respuesta a la pregunta D6 es "Sí", proporcione una respuesta a la siguiente pregunta: • D6a. Después de consumir una cantidad excesiva de una sustancia o una sobredosis, ¿qué intervención(es) recibió el cliente? Seleccione todas las que correspondan. Opciones de respuesta: • <i>Naloxona (Narcan) u otro medicamento para revertir la sobredosis de opioides</i> • <i>Atención en una sala de emergencias</i> • <i>Atención de un proveedor de atención primaria</i> • <i>Ingreso a un hospital</i> • <i>Supervisión por otra persona</i> • <i>Otro</i> • <i>No aplica – Si la respuesta a D6 es "No", o si la subvención es de CMHS</i> • <i>No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar</i>
Consideraciones para el personal del beneficiario	Para batch upload: Los programas alojados en CMHS o CSAP pueden usar el valor -1 para indicar que esta pregunta no aplica. Para entrada de datos manual: Los programas alojados en CMHS o CSAP deben dejar esta pregunta en blanco; durante la limpieza de datos se añadirá un valor de -1 para indicar que esta pregunta no aplica.

D7. [SOLO PARA CLIENTES DEL PROGRAMA MAI] ¿Alguna vez el cliente ha dado positivo a una prueba del VIH?

D7a. [SI LA PREGUNTA D7 ES SÍ, INFECTADO POR EL VIH] ¿El cliente está actualmente en ART?

D7b. [SI LA PREGUNTA D7 ES NO, VIH NEGATIVO] ¿El cliente está tomando actualmente PrEP para el VIH?

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar si el cliente alguna vez ha dado positivo en la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
Patrón de omisión	Responda esta pregunta solo si el programa de subvención pertenece a la Iniciativa de SIDA para Minorías (MAI) de CMHS o CSAT. Omita esta pregunta en la evaluación de cierre.
Respuestas y Definiciones	Los encuestados deben seleccionar una de las siguientes opciones de respuesta: • <i>Sí, VIH positivo</i> • <i>No, VIH negativo</i> • <i>No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar</i>
Preguntas de seguimiento	Si la respuesta a la pregunta D7 es "Sí, VIH positivo", complete la pregunta D7a: • D7a. ¿El cliente está actualmente en ART? Opciones de respuesta: • <i>Sí, actualmente está en ART</i> • <i>No, actualmente no está en ART</i> • <i>No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar</i> <i>ART (terapia antirretroviral): es una combinación de medicamentos que la persona debe tomar todos los días (NIH, 2021).</i> Si la respuesta a la pregunta D7 es "No, VIH negativo", complete la pregunta D7b: • D7b. ¿El cliente está tomando actualmente PrEP para el VIH? Opciones de respuesta: • <i>Sí, actualmente en PrEP</i> • <i>No, actualmente no está en PrEP</i> • <i>No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar</i> <i>PrEP (Profilaxis Preexposición) para el VIH: es un medicamento utilizado para prevenir la infección por VIH en personas que han dado un resultado negativo pero que tienen un alto riesgo de exposición (CDC, 2021). Emtricitabina combinada con tenofovir disoproxil fumarato (Truvada) o emtricitabina combinada con tenofovir alafenamida (Descovy) son pastillas que se toman diariamente. Cabotegravir (Apretude) es una inyección que se administra cada dos meses.</i>

Consideraciones para el personal del beneficiario	Para batch upload: Los programas alojados en CMHS o CSAP pueden utilizar el valor -1 para indicar que esta pregunta no aplica. Para entrada de datos manual: Los programas alojados en CMHS o CSAP deben dejar esta pregunta en blanco; durante el proceso de limpieza de datos se añadirá un valor de -1 para indicar que esta pregunta no aplica.
--	---

D8. ¿Alguna vez el cliente ha dado positivo en la prueba de hepatitis C?

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?

Propósito/Puntos Clave	La intención es registrar si el cliente alguna vez ha dado un resultado positivo en la prueba de hepatitis C.
Patrón de omisión	Responda a esta pregunta solo si el programa de subvención pertenece a la Iniciativa de SIDA para Minorías (MAI) de CMHS o CSAT. Omita esta pregunta en la evaluación de cierre.
Respuestas y Definiciones	• <i>Sí, infección activa o previa de hepatitis C</i> – use esta respuesta para cualquier prueba positiva de hepatitis C. • <i>No, nunca ha tenido hepatitis C</i> – use esta respuesta para pruebas negativas de hepatitis C • <i>No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar</i>– use esta respuesta cuando no haya documentación disponible o para clientes que nunca se hayan realizado la prueba de hepatitis C.
Preguntas de seguimiento	Si la respuesta a la pregunta D8 es “Sí, infección activa o previa por hepatitis C”, complete la pregunta D8a: • D8a. ¿El cliente está actualmente recibiendo tratamiento antiviral contra la hepatitis C? Opciones de respuesta: • <i>Sí, actualmente está tomando tratamiento viral contra la hepatitis C</i> • <i>No, tomé tratamiento y se curó</i> • <i>No, la infección por hepatitis C se resolvió de manera natural sin necesidad de tratamiento</i> • <i>No, actualmente no está tomando tratamiento</i> • <i>No está documentado en registros o no está documentado en registros utilizando este estándar</i>

Sección E. Servicios Recibidos

Esta sección recopila información sobre los servicios que el cliente ha recibido desde la evaluación anterior. **Estos datos se utilizan para hacer seguimiento del uso de los servicios. El personal del beneficiario debe omitir esta sección en la evaluación inicial.**

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

E1a-p. Si respondió que sí, indique cuales:

- 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)

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar si el beneficiario del programa proporcionó directamente o refirió al cliente a uno o más servicios de salud conductual desde la evaluación anterior.
Patrón de omisión	Omitir esta sección si se trata de una evaluación inicial
Respuestas y Definiciones	• Sí – Al cliente se le proporcionó o se le refirió a uno o más servicios de salud conductual. • No – Al cliente NO se le proporcionó ni se le refirió a ningún servicio de salud conductual. • No documentado en los registros – No hay documentación en el expediente sobre la provisión o referencia a uno o más servicios de salud conductual para este cliente.
Preguntas de seguimiento	Si la respuesta a E1 es “Sí,” complete la pregunta E1a-p. • E1a-p. Si la respuesta es sí, indique cuál: Opciones de respuesta: • <i>Sí – proporcionado</i> • <i>Referido al servicio</i> • <i>No proporcionado ni referido</i> • <i>No documentado en los registros / desconocido</i>

E2. Si E1I = MEDICACIÓN PARA TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS es Sí – Proporcionada, indique la medicación recibida.

- 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

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar que medicamentos el beneficiario proporcionó al cliente para el trastorno por uso de sustancias.
Patrón de omisión	Omitir en la evaluación inicial. Omitir si la respuesta a E1I es “Referido al servicio” o “No” o “No documentado en registros/desconocido.”
Respuestas y Definiciones	Los encuestados deben seleccionar una de las siguientes opciones para <u>cada uno de los diez</u> medicamentos para el tratamiento del trastorno por uso de sustancias: • <i>Sí – recibida</i> • <i>No – no recibida</i> • <i>No documentado en registros/desconocido</i> El personal del programa no debe registrar medicamentos que el cliente haya recibido fuera del financiamiento del programa. • Naltrexona • Naltrexona de liberación prolongada • Disulfiram • Acamprosato • Metadona • Buprenorfina • Terapia para dejar de fumar (p. ej., parche, goma de mascar de nicotina) • Bupropión • Vareniclina • Otro
Consideraciones para el personal del beneficiario	Si se selecciona “Otro”, no se requiere especificar.

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

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

- a. Planificación de respuesta ante crisis
- b. Respuesta ante crisis
- c. Estabilización de crisis
- d. Seguimiento después de la crisis

Propósito/Puntos Clave	La intención es registrar si el cliente recibió directamente o fue referido por el programa a servicios de crisis desde la evaluación administrativa anterior.
Patrón de omisión	Omitir esta sección si se trata de una evaluación inicial.
Respuestas y Definiciones	• <i>Sí</i> • <i>No</i> • <i>No documentado en registros/desconocido</i>
Preguntas de seguimiento	Si la respuesta a la pregunta E3 es “Sí”, complete la pregunta E3a: • E3a-d. Si la respuesta es sí, indique cuál: Opciones de respuesta: • <i>Sí – proporcionado</i> • <i>Referido para el servicio</i> • <i>No – ni proporcionado ni referido</i> • <i>No documentado en los registros/desconocido</i> • Planificación de respuesta antes crisis • Respuesta ante crisis • Estabilización de crisis • Seguimiento después de la crisis

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

E4a-l. Si la respuesta es “Sí,” indique cuáles:

- 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

Propósito/Puntos Clave	La intención es registrar si el cliente recibió directamente o fue referido a servicios de apoyo para la recuperación desde la evaluación anterior.
Patrón de omisión	Omitir esta sección si se trata de una evaluación inicial.
Respuestas y Definiciones	Los encuestados pueden elegir entre las siguientes opciones de respuesta: • <i>Sí</i> • <i>No</i> • <i>No documentado en registros</i>
Preguntas de seguimiento	Si la respuesta a la pregunta E4 es “Sí”, complete las preguntas E4a-l: • E4a-l. Si respondió que sí indique cuáles: Opciones de respuesta: • <i>Sí – proporcionado</i> • <i>Referido para servicio</i> • <i>No, ni proporcionado ni referido</i> • <i>No documentado en los registros/desconocido</i>

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

E5a-i. Si respondió que sí indique cuales:

- a. Atención primaria de salud
- b. Atención de salud materna o / ginecología
- c. Prueba de VIH
- d. Pruebas de hepatitis viral
- e. Tratamiento del VIH
- f. Profilaxis previa a la exposición al VIH (PrEP)
- g. Tratamiento para hepatitis viral
- h. Otras pruebas o tratamientos de ITS
- i. Atención dental

Propósito/Puntos Clave	El objetivo es registrar si el beneficiario proporcionó directamente o remitió al cliente a servicios integrados desde la evaluación anterior.
Patrón de omisión	Omitir esta sección si se trata de una evaluación inicial.
Respuestas y Definiciones	Los encuestados pueden elegir entre las siguientes opciones de respuesta: • <i>Sí</i> • <i>No</i> • <i>No documentado en registros/desconocido</i>
Preguntas de seguimiento	Si la respuesta a E5 es “Sí,” complete las preguntas E5a-i: • E5a-i. Si respondió que sí indique cuales: Opciones de respuesta: • <i>Sí – proporcionado</i> • <i>Referido para servicio</i> • <i>No, no se proporciona ni se refiere</i> • <i>No documentado en los registros / desconocido</i>

Sección F. Demografía

Esta sección recopila información demográfica sobre raza y sexo únicamente para los clientes que no dieron su consentimiento para SUPRT-C.

El personal del beneficiario no debe hacer suposiciones sobre las características demográficas si no están registradas en el expediente del cliente.

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

Propósito/Puntos Clave	El propósito es registrar la raza y/o etnia de los clientes que reciben servicios del programa de subvención.
Patrón de omisión	Esta sección recopila información demográfica sobre raza y sexo, pero solo debe completarse si se cumplen ambas condiciones: 1. El cliente/cuidador ha declinado responder al SUPRT-C de evaluación inicial donde se habría proporcionado directamente; Y 2. El beneficiario de la subvención ha recopilado y documentado la información del cliente/cuidador en otro proceso interno (por ejemplo, durante la admisión a la clínica) utilizando las mismas opciones de respuesta que se indican a continuación.
Respuestas y Definiciones	Opciones de respuesta: • 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.

Respuestas y Definiciones (continuadas)	• <i>Asiática – Proporcione detalles a continuación.</i> – Chino – Filipino – Indio asiático – Vietnamita – Coreano – Japonés – Especifique, por ejemplo, pakistani, camboyano, hmong, etc. • <i>Indígena de las Américas o nativa de Alaska: proporcione detalles a continuación.</i> – Especifique, por ejemplo, Nación Navajo, Tribu de los Pies Negros, Maya, Azteca, Aldea Nativa de Barrow Gobierno Tradicional Inupiat, Tlingit, etc. • <i>Oriente Medio o África del Norte– Proporcione detalles a continuación.</i> – Libanés – Iraní – Egipcio – Sirio – Marroquí – Israelí – Especifique, por ejemplo, argelino, iraquí, kurdo, etc. • <i>Nativa de Hawái o de las islas del Pacífico– Proporcione detalles a continuación.</i> – Nativo de Hawái – Samoano – Chamorro – Tongano – Fiyiano – Marshalés – Especifique, por ejemplo, palauano, tahitiano, chuukese, etc. • <i>Raza/etnia no capturada en los registros del beneficiario usando categorías detalladas de la OMB</i> • <i>El cliente/cuidador declinó proporcionar raza/etnicidad.</i> Si se marca alguna de las categorías detalladas de raza o etnicidad, la categoría general correspondiente a esa raza o etnicidad se seleccionará automáticamente. • <i>Blanco</i> se refiere a individuos con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, incluyendo, por ejemplo, alemán, irlandés, inglés, italiano, polaco y francés. • <i>Hispano o Latino</i> se refiere a individuos que tienen orígenes en países de habla hispana de América Latina y España, incluyendo, por ejemplo, mexicano, puertorriqueño, cubano, salvadoreño, dominicano y guatemalteco. • <i>Negro o afroamericano</i> se refiere a individuos que tienen orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África, incluyendo, por ejemplo, afroamericano, jamaicano, haitiano, nigeriano, etíope y somalí. • <i>Asiático</i> se refiere a individuos que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del continente de Asia, incluyendo, por ejemplo, chino, indio asiático, filipino, vietnamita, coreano y japonés.
---	--

Respuestas y Definiciones (continuada)	• <i>Indígena de las Américas o nativa de Alaska</i> se refiere a individuos que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte, Central y del Sur, incluyendo, por ejemplo, la Nación Navajo, la Tribu Blackfeet, los mayas, los aztecas, la Aldea Nativa de Barrow del Gobierno Tradicional Inupiat, la Comunidad Eskimo de Nome y los Tlingit. • <i>Oriente Medio o África del Norte</i> se refiere a individuos que tienen orígenes en la región geográfica del Medio Oriente y Norte de África, incluyendo, por ejemplo, libaneses, iraníes, egipcios, sirios, marroquíes e israelíes. • <i>Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico</i> se refiere a individuos que tienen orígenes en los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico, incluyendo, por ejemplo, nativo hawaiano, samoano, chamorro, tongano, fiyiano y marshalés. • <i>Especifique</i>: Si el cliente/cuidador especifica otra raza o etnia, ingrese la respuesta en texto libre en el espacio provisto. • <i>Raza/etnia no registrada en los registros del beneficiario usando las categorías detalladas de la OMB</i>. Estos datos pueden obtenerse de otros registros internos, pero deben reflejar las respuestas del propio cliente y coincidir exactamente con una opción de respuesta específica. El personal del beneficiario no debe especular ni asumir la raza o etnia del cliente. Si no hay datos demográficos reportados por el cliente o cuidador disponibles, seleccione “No documentado en los registros o no documentado en los registros usando este estándar.” • <i>El cliente/cuidador se negó a proporcionar raza/etnia</i>. Si el cliente no desea responder a esta pregunta, los encuestadores deben indicar “El cliente/cuidador se negó a proporcionar raza/etnia.”
---	--

F2. ¿Cuál es su sexo?

Propósito/Puntos Clave	La intención es registrar el sexo de los clientes que reciben servicios del programa
Patrón de omisión	Esta pregunta sobre el sexo solo debe informarse bajo SUPRT-A, si se cumplen ambas condiciones: 1. El cliente/cuidador ha decidido no responder al SUPRT-C inicial, donde se habría proporcionado directamente; Y 2. El programa ha recopilado y documentado la información del cliente/cuidador mediante otro proceso interno (por ejemplo, en la admisión a la clínica) utilizando las mismas opciones de respuesta que se indican a continuación.
Respuestas y Definiciones	Los encuestados pueden elegir entre las siguientes opciones de respuesta: • <i>Mujer</i> • <i>Hombre</i> Estos datos pueden obtenerse de otros registros internos, pero deben reflejar la respuesta del propio cliente/cuidador y coincidir exactamente con la opción de respuesta específica. El personal del programa no debe especular ni asumir el sexo del cliente. Si no hay datos reportados por el cliente o cuidador sobre el sexo del cliente por cualquier motivo (el cliente declinó, la pregunta no se hizo, las opciones de respuesta no son las mismas, se indicó otra respuesta), deje esta pregunta en blanco en SPARS.

Referencias

Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States – 2021 update – a clinical practice guideline. Retrieved from: [Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in the United States—2021 Update—A Clinical Practice Guideline](#) (cdc.gov)

National Institute of Health (NIH). (2021). HIV treatment. Retrieved from: [HIV Treatment: The Basics | NIH](#)

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). International Classification of Disease (ICD-10). Retrieved from: [ICD-10 | CMS](#)