

No. OMB: 0930-0400

Fecha de vencimiento: 31/01/2028

**Administración de Servicios de Salud Mental y
Abuso de Sustancias (SAMHSA por sus siglas en
inglés) Herramienta unificada de informes de
rendimiento (SUPRT por sus siglas en inglés) - C**

**FORMULARIO PARA ADULTO / CLIENTE /
PERIODO INICIAL**

Versión: junio de 2025

No. OMB: 0930-0400

Fecha de vencimiento: 31/01/2028

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

¿Está respondiendo por su hijo como cuidador o miembro de la familia? Este formulario fue diseñado para adultos (personas de 18 años o más) que responden por sí mismos. Si ese no es su caso, pídale a su proveedor el formulario para cuidadores/familiares o para jóvenes (de 12 a 17 años).

¿De qué se trata este formulario?

La Administración de Servicios de Salud Mental para el Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés) financia parte de sus servicios de salud conductual. SAMHSA recopila esta información para monitorear y mejorar los servicios en su comunidad y en todo el país. Sus respuestas a estas preguntas ayudarán a SAMHSA y a su proveedor.

¿Cómo se utiliza mi información?

SAMHSA no recopila su nombre ni información que pueda identificarlo. La Ley de Privacidad de 1974, 5 U.S.C § 552a, también requiere que SAMHSA proteja la privacidad de su información.

SAMHSA recopila esta información de todas las personas a las que se presta servicio. SAMHSA busca tendencias o patrones en los datos. SAMHSA combina la información recopilada para ver si es necesario mejorar los servicios.

¿Tengo que rellenar este formulario?

No. No es necesario que llene este formulario. Esto no resultará en ninguna pérdida de servicios o beneficios.

Si decide participar, puede:

- Omitir las preguntas que no desea responder.
- Dejar de llenar el formulario en cualquier momento.

¿Cuánto tiempo se tarda en llenar el formulario?

Le llevará unos 15 minutos.

¿Cómo acepto participar?

Al responder a las siguientes preguntas, usted acepta participar.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 15 minutos por respuesta. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de la 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), Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, 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.

A. DATOS DEMOGRÁFICOS

A1. ¿Cuál es su raza o etnia? Seleccione todas las que correspondan e ingrese detalles adicionales en los espacios a continuación. Tenga en cuenta que puede denunciar a más de un grupo.

- ☐ 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. _____

A2. ¿Cuál es su sexo?

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre

A3. ¿Hablan otro idioma que no sea el español en casa? (Si la respuesta es no, pase a la pregunta A4).

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

A3a. Para las personas que hablan un idioma distinto del español (respondió sí a la pregunta anterior): ¿Cuál es este(s) idioma(s)?

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

- ☐ Lenguaje de señas americano (ASL)
- ☐ Árabe
- ☐ Chino
- ☐ Francés
- ☐ Portugués
- ☐ Inglés
- ☐ Otro idioma -- especifique: _____
- ☐ Prefiero no contestar

A4. ¿Alguna vez ha servido en las Fuerzas Armadas, la Reserva Militar, la Guardia Nacional u otros Servicios Uniformados?

- ☐ Sí, actualmente sirviendo
- ☐ Sí, he servido en el pasado
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

A5. Responda a las siguientes preguntas sobre su salud física.

	Sí	No	Prefiero no contestar
a. ¿Es usted sordo o tiene dificultades serias para oír?.....	☐	☐	☐
b. ¿Es usted ciego o tiene dificultades serias para ver, incluso cuando usa anteojos?	☐	☐	☐
c. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultades serias para concentrarse, recordar, o tomar decisiones?.....	☐	☐	☐
d. ¿Tiene dificultades serias para caminar o subir escaleras?.....	☐	☐	☐
e. ¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse?	☐	☐	☐
f. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para hacer mandados solo, como visitar el consultorio del médico o ir de compras?.....	☐	☐	☐

B. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

B1. ¿Qué tan difícil es para usted pagar lo más básico, como alimentos, vivienda, atención médica y calefacción?

- ☐ Muy difícil
- ☐ Algo difícil
- ☐ No es difícil
- ☐ Prefiero no contestar

B2. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy?

- ☐ Tengo un lugar estable para vivir
- ☐ Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
- ☐ No tengo un lugar estable para vivir (me estoy quedando temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o tren, o en un parque)
- ☐ Prefiero no contestar

B3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación de vivienda actual?

- ☐ Casa o apartamento
- ☐ El domicilio de su pareja
- ☐ Donde un amigo o familiar, pagando renta
- ☐ Donde un amigo o familiar, sin pagar renta
- ☐ Programa de vivienda permanente
- ☐ Programa de vivienda transitoria
- ☐ Refugio para víctimas de violencia doméstica
- ☐ Refugio de emergencia
- ☐ Hotel o motel con váucher
- ☐ Hotel o motel pagado, pagando su estancia
- ☐ Programa residencial de drogas o alcohol
- ☐ Cárcel o prisión
- ☐ Coche u otro vehículo
- ☐ Edificio abandonado
- ☐ En cualquier lugar al aire libre
- ☐ En otro lugar [donde]: _____
- ☐ Prefiero no contestar

B4. ¿Está empleado actualmente?

- ☐ Empleado, a tiempo completo o a tiempo parcial (incluye temporal, estacional, cambio de horario cada semana)
- ☐ No tiene empleo, está buscando empleo
- ☐ No está empleado, no está buscando empleo (incluye si está estudiando y no está buscando trabajo, si está jubilado, no está buscando trabajo debido a una discapacidad, es ama de casa, etc.)
- ☐ Otro –especifique: _____
- ☐ Prefiero no contestar

B5. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha terminado?

- ☐ Menos de un diploma de escuela secundaria
- ☐ Título de escuela secundaria o GED
- ☐ Algunos créditos vocacionales, técnicos, o de colegio o universidad
- ☐ Título de asociado o certificado técnico/vocacional
- ☐ Título de 4 años o superior
- ☐ Prefiero no contestar

B6. En los últimos 3 meses, ¿ha asistido a la escuela/universidad, educación en el hogar o capacitación vocacional con regularidad?

- ☐ Inscrito, y asistiendo regularmente
- ☐ Inscrito, no asistiendo regularmente
- ☐ No está inscrito
- ☐ Prefiero no contestar

B7. En los últimos 3 meses, la falta de transporte le ha impedido asistir a las citas médicas, reuniones, trabajo o de conseguir cosas necesarias para la vida diaria?

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

- ☐ Sí, me ha impedido ir a las citas médicas u obtener mis medicamentos
- ☐ Sí, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, citas, trabajo o conseguir cosas que necesito
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

C. RESULTADOS BÁSICOS COMUNICADOS POR LOS CLIENTES

C1. Por favor, elija la opción que mejor se aplique a usted en este momento:

- ☐ Me considero en recuperación de problemas de consumo de sustancias
- ☐ Me considero en recuperación de problemas de salud mental
- ☐ Me considero en recuperación del consumo de sustancias **y** problemas de salud mental
- ☐ **No** me considero en recuperación por consumo de sustancias o problemas de salud mental
- ☐ Prefiero no contestar

C2. A partir de ahora, seleccione si está totalmente de acuerdo, de acuerdo, algo de acuerdo, algo en desacuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo con cada afirmación de la tabla a continuación.

	Totalmente de acuerdo	Acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Prefiero no contestar
a. Estoy físicamente bien la mayoría de los días	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Mi salud mental está bien la mayoría de los días.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Mi consumo de sustancias no causa problemas en mi vida	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Tengo una vivienda estable.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e. Tengo un trabajo estable o estoy involucrado en cosas como la escuela, la capacitación o el voluntariado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f. Mi vida tiene propósito y significado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g. Tengo suficiente dinero para satisfacer mis necesidades.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h. Estoy orgulloso de la comunidad en la que vivo y me siento parte de ella	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i. Me apoya la gente que me rodea.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
j. El futuro me parece brillante	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
k. Tengo el control de mi vida.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
l. Me recupero rápidamente después de los momentos difíciles.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

C3. En una escala de 0 a 100, si 0 representa ninguna calidad de vida y 100 es una calidad de vida perfecta, ¿cómo calificaría su calidad de vida?

____|____|____|

C4. ¿Qué metas tiene al participar en este programa?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- ☐ Mejorar los síntomas que me llevaron a los servicios (por ejemplo, angustia, ansiedad)
- ☐ Reducir mi consumo de drogas y/o alcohol
- ☐ Obtener acceso a los servicios médicos que necesito
- ☐ Inscribirme o terminar la educación (por ejemplo, GED, título, capacitación vocacional)
- ☐ Conseguir o mantener un trabajo
- ☐ Vivir en una vivienda estable
- ☐ Ser un mejor padre o cuidador
- ☐ Mejorar mis amistades y relaciones
- ☐ Cumplir con una orden judicial o evitar el contacto con la policía y/o el sistema de justicia
- ☐ Otro objetivo, por favor describa: _____
- ☐ Prefiero no contestar

Gracias por completar este formulario.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 15 minutos por respuesta. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de la 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), Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, 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.

[OFFICE USE ONLY] RECORD MANAGEMENT

CLIENT ID |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

SITE ID |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| GRANT ID |____|____|____|____|____|____|

1. Was this assessment conducted with the client/caregiver?

- ☐ Yes – Client
- ☐ Yes – Caregiver/Proxy
- ☐ No

1a. [IF QUESTION 1 IS YES] When?

|____|____| / |____|____| / |____|____| MM / DD / YYYY

1b. [IF QUESTION 1 IS NO] Why not? Choose the primary reason.

- ☐ Client/Caregiver was unable to provide consent
- ☐ Client/Caregiver was not reached for assessment
- ☐ Client no longer in care