

Perfil de Alta

Número de expediente	Seguro social _ _ - _ - _ _ _	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero (M-F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F-M)	Género <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro
IUP	Episodio		
Nombre del centro/ unidad de servicio			
Nombre de la persona que llenó el perfil (escriba claro)	Puesto	Firma	Fecha (mmm/dd/aaaa) _ _ / _ _ / _ _ _ _
Nombre de la persona autorizada a dar el alta	Disciplina	Firma	Fecha (mmm/dd/aaaa) _ _ / _ _ / _ _ _ _
Fecha de admisión (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _	Fecha de Convenio (programas de desvío solamente, ej. TASC, Drug Court) (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _		
Fecha de alta (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _	Fecha de último contacto (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _ _		

Estado marital	Condición laboral	Si no participa de la fuerza laboral:
<input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión consensual <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> No informé	<input type="checkbox"/> Empleo, tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleo, tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudia y trabaja <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> No participa de la fuerza laboral	<input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Encarcelado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica
		Número de hijos

Último grado completado	Situación escolar al momento de admisión
<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pre-escolar <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Quinto <input type="checkbox"/> Sexto <input type="checkbox"/> Séptimo <input type="checkbox"/> Octavo	<input type="checkbox"/> Noveno <input type="checkbox"/> Décimo <input type="checkbox"/> Undécimo <input type="checkbox"/> Diploma de escuela superior <input type="checkbox"/> Créditos universitarios <input type="checkbox"/> Curso vocacional <input type="checkbox"/> Grado asociado <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Salón Contenido
	<input type="checkbox"/> Ha asistido a la escuela en algún momento durante los pasados tres meses <input type="checkbox"/> No ha asistido a la escuela durante los pasados tres meses <input type="checkbox"/> No aplica
	Desertor escolar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Educación especial: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Estructura familiar

¿Con quién vive la persona? <input type="checkbox"/> Vive solo <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermanos(as) <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra <input type="checkbox"/> Hijo(s) solamente <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Esposo(a) o compañero(a) solamente <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Personas no emparentadas <input type="checkbox"/> No informé	Residencia <input type="checkbox"/> Propia (de los padres, si es menor) <input type="checkbox"/> Alquilada (por los padres, si es menor) <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Institución residencial <input type="checkbox"/> Hogar grupal, orfanato <input type="checkbox"/> Institución correccional <input type="checkbox"/> Hogar de crianza <input type="checkbox"/> Hogar sustituto <input type="checkbox"/> Hogar transicional <input type="checkbox"/> Sin hogar (Deambulante) <input type="checkbox"/> No informé	¿Ha sido arrestado durante los pasados 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Número de arrestos durante los pasados 30 días o durante el tratamiento si duró menos de 30 días
		Tamaño Familiar

¿Ha sido diagnosticado con ...? <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes/hipoglucemia <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Hepatitis de tipo desconocido <input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Persona viviendo con SIDA <input type="checkbox"/> Persona viviendo con VIH <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Síndromes metabólicos <input type="checkbox"/> Trastornos asociados a la tiroides <input type="checkbox"/> Sordera <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Otro impedimento físico <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico <input type="checkbox"/> Ningún diagnóstico
--	---

Diagnósticos	Dx. Primario			Dx. Secundario			Dx. Terciario		
	Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo
Trastornos clínicos Utilizar palabras para describir el diagnóstico.
Trastornos de la personalidad y retardo mental									
Problemas psicosociales y ambientales									
Comentarios: Funcionamiento global: _____ Otras observaciones: _____ _____ _____							Diagnósticos concurrentes de salud mental y uso de sustancias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Droga de uso primario	
<input type="checkbox"/> Alcohol	
<input type="checkbox"/> Anfetaminas	
<input type="checkbox"/> Barbitúricos	
<input type="checkbox"/> Benzodiazepinas	
<input type="checkbox"/> Cocaína	
<input type="checkbox"/> Crack	
<input type="checkbox"/> Ecstasy	
<input type="checkbox"/> Heroína	
<input type="checkbox"/> Otros opiáceos y opioides	
<input type="checkbox"/> Heroína +Cocaína (Speedball)	
<input type="checkbox"/> Marihuana	
<input type="checkbox"/> Marihuana sintética	
<input type="checkbox"/> Metadona	
<input type="checkbox"/> Metanfetamina	
<input type="checkbox"/> PCP	
<input type="checkbox"/> Percoset	
<input type="checkbox"/> Inhalantes	
<input type="checkbox"/> Halucinógenos	
<input type="checkbox"/> Sedantes	
<input type="checkbox"/> Medicamentos no recetados	
<input type="checkbox"/> Tabaco/ cigarrillo	
<input type="checkbox"/> Anestesia de Caballo	
<input type="checkbox"/> Diablillo (Cocaína + Marihuana)	
<input type="checkbox"/> Xanax	
<input type="checkbox"/> Otro(s)	
<input type="checkbox"/> No usa actualmente	
<input type="checkbox"/> No informo	
<input type="checkbox"/> No aplica	
Vía de utilización	
<input type="checkbox"/> Inyectada	
<input type="checkbox"/> Nasal	
<input type="checkbox"/> Oral (bebida)	
<input type="checkbox"/> Fumada	
<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> No informo	
<input type="checkbox"/> No aplica	
Frecuencia de uso	
<input type="checkbox"/> No usó en el pasado mes	
<input type="checkbox"/> 1-3 veces al mes	
<input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana	
<input type="checkbox"/> 3-6 veces a la semana	
<input type="checkbox"/> Diariamente	
<input type="checkbox"/> No informo	
<input type="checkbox"/> No aplica	
Edad de inicio	

Droga de uso secundario	
<input type="checkbox"/> Alcohol	
<input type="checkbox"/> Anfetaminas	
<input type="checkbox"/> Barbitúricos	
<input type="checkbox"/> Benzodiazepinas	
<input type="checkbox"/> Cocaína	
<input type="checkbox"/> Crack	
<input type="checkbox"/> Ecstasy	
<input type="checkbox"/> Heroína	
<input type="checkbox"/> Otros opiáceos y opioides	
<input type="checkbox"/> Heroína +Cocaína (Speedball)	
<input type="checkbox"/> Marihuana	
<input type="checkbox"/> Marihuana sintética	
<input type="checkbox"/> Metadona	
<input type="checkbox"/> Metanfetamina	
<input type="checkbox"/> PCP	
<input type="checkbox"/> Percoset	
<input type="checkbox"/> Inhalantes	
<input type="checkbox"/> Halucinógenos	
<input type="checkbox"/> Sedantes	
<input type="checkbox"/> Medicamentos no recetados	
<input type="checkbox"/> Tabaco/ cigarrillo	
<input type="checkbox"/> Anestesia de Caballo	
<input type="checkbox"/> Diablillo (Cocaína + Marihuana)	
<input type="checkbox"/> Xanax	
<input type="checkbox"/> Otro(s)	
<input type="checkbox"/> No usa actualmente	
<input type="checkbox"/> No informo	
<input type="checkbox"/> No aplica	
Vía de utilización	
<input type="checkbox"/> Inyectada	
<input type="checkbox"/> Nasal	
<input type="checkbox"/> Oral (bebida)	
<input type="checkbox"/> Fumada	
<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> No informo	
<input type="checkbox"/> No aplica	
Frecuencia de uso	
<input type="checkbox"/> No usó en el pasado mes	
<input type="checkbox"/> 1-3 veces al mes	
<input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana	
<input type="checkbox"/> 3-6 veces a la semana	
<input type="checkbox"/> Diariamente	
<input type="checkbox"/> No informo	
<input type="checkbox"/> No aplica	
Edad de inicio	

Droga de uso terciario	
<input type="checkbox"/> Alcohol	
<input type="checkbox"/> Anfetaminas	
<input type="checkbox"/> Barbitúricos	
<input type="checkbox"/> Benzodiazepinas	
<input type="checkbox"/> Cocaína	
<input type="checkbox"/> Crack	
<input type="checkbox"/> Ecstasy	
<input type="checkbox"/> Heroína	
<input type="checkbox"/> Otros opiáceos y opioides	
<input type="checkbox"/> Heroína +Cocaína (Speedball)	
<input type="checkbox"/> Marihuana	
<input type="checkbox"/> Marihuana sintética	
<input type="checkbox"/> Metadona	
<input type="checkbox"/> Metanfetamina	
<input type="checkbox"/> PCP	
<input type="checkbox"/> Percoset	
<input type="checkbox"/> Inhalantes	
<input type="checkbox"/> Halucinógenos	
<input type="checkbox"/> Sedantes	
<input type="checkbox"/> Medicamentos no recetados	
<input type="checkbox"/> Tabaco/ cigarrillo	
<input type="checkbox"/> Anestesia de Caballo	
<input type="checkbox"/> Diablillo (Cocaína + Marihuana)	
<input type="checkbox"/> Xanax	
<input type="checkbox"/> Otro(s)	
<input type="checkbox"/> No usa actualmente	
<input type="checkbox"/> No informo	
<input type="checkbox"/> No aplica	
Vía de utilización	
<input type="checkbox"/> Inyectada	
<input type="checkbox"/> Nasal	
<input type="checkbox"/> Oral (bebida)	
<input type="checkbox"/> Fumada	
<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> No informo	
<input type="checkbox"/> No aplica	
Frecuencia de uso	
<input type="checkbox"/> No usó en el pasado mes	
<input type="checkbox"/> 1-3 veces al mes	
<input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana	
<input type="checkbox"/> 3-6 veces a la semana	
<input type="checkbox"/> Diariamente	
<input type="checkbox"/> No informo	
<input type="checkbox"/> No aplica	
Edad de inicio	

Metadona	Paciente participa del programa TAKE HOME <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no es participante de TAKE HOME indique por qué: <input type="checkbox"/> Uso de alcohol o drogas reciente (menos de 90 días) <input type="checkbox"/> Problemas de conducta en la clínica <input type="checkbox"/> Historial reciente de actividad criminal <input type="checkbox"/> No cumple con sus citas y toma de medicamento <input type="checkbox"/> Ambiente familiar o social inestable <input type="checkbox"/> No cuenta con lugar seguro para almacenar el medicamento <input type="checkbox"/> El riesgo de desvío es mayor que el beneficio de rehabilitación
	Etapa: 1 2 3 4 5 6	
	Fecha de inicio:	
	Fecha de terminación:	
	Botellas ____ Semanales Mensuales	

¿Cuántas veces ha participado de reuniones de grupos de apoyo, de auto-ayuda, religiosos o ha buscado ayuda de familiares, amigos u otros durante los pasados 30 días como apoyo a su proceso de recuperación?

- No ha asistido en los pasados 30 días
- 1-3 veces durante el pasado mes (menos de una vez semanal)
- 4-7 veces durante el pasado mes (aprox. una vez semanal)
- 8-15 veces durante el pasado mes (2 ó 3 veces semanales)
- 16-30 veces durante el pasado mes (4 ó más veces por semana)
- Ha asistido durante el pasado mes, pero se desconoce cuánto

Referidos generados durante Tx.	Nivel de cuidado	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reforma <input type="checkbox"/> Administración de Tribunales <input type="checkbox"/> ASSMCA <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Departamento de Educación <input type="checkbox"/> Departamento de Justicia <input type="checkbox"/> Departamento de la Familia <input type="checkbox"/> Departamento de Salud <input type="checkbox"/> Emergencias Sociales <input type="checkbox"/> Familiares o amigos <input type="checkbox"/> Hogar de rehabilitación <input type="checkbox"/> Instituciones Juveniles <input type="checkbox"/> Instituciones privadas <input type="checkbox"/> Procuradora del Paciente <input type="checkbox"/> Oficina Asuntos de la Juventud <input type="checkbox"/> Otras agencias del gobierno <input type="checkbox"/> TASC Juvenil <input type="checkbox"/> Información no disponible <input type="checkbox"/> Otros 	<p>Salud Mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Clínicas ambulatorias <input type="checkbox"/> Ambulatorio intensivo <input type="checkbox"/> Hospitalización parcial <input type="checkbox"/> Hospitalización psiquiátrica general <input type="checkbox"/> Hospitalización forense <input type="checkbox"/> Centro de recuperación <input type="checkbox"/> Centro transicional a vida independiente <input type="checkbox"/> Servicios especializados de recuperación en la comunidad <input type="checkbox"/> Tratamiento residencial <input type="checkbox"/> No aplica (Este episodio es de uso de sustancias) 	<p>Uso de Sustancias</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evaluación drogas <input type="checkbox"/> Charla socioeducativa <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Ambulatorio intensivo <input type="checkbox"/> Ambulatorio con metadona <input type="checkbox"/> Detox droga (ambulatorio) <input type="checkbox"/> Detox alcohol (ambulatorio) <input type="checkbox"/> Detox alcohol (interno) <input type="checkbox"/> Tratamiento residencial <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Hospitalización parcial <input type="checkbox"/> Desvío <input type="checkbox"/> No aplica (este episodio es de salud mental)

Prácticas Basadas en Evidencia

Niños y Adolescentes:

- Apoyo en la educación (Educación Respaldada)
- Apoyo en el empleo
- Aproximación de reforzamiento comunitario para adolescentes
- Terapia multisistémica
- Entrevista motivacional

Adultos:

- Psicoeducación familiar
- Manejo de la enfermedad y recuperación
- Apoyo en el empleo
- Tratamiento integrado para trastornos de salud mental y abuso de sustancias
- Manejo de la medicación
- Plan de acción para la recuperación del bienestar
- Entrevista motivacional

Razón de alta

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Completó el tratamiento / servicio (graduado) <input type="checkbox"/> Abandonó el servicio <input type="checkbox"/> Traslado a otro centro: _____ <input type="checkbox"/> Referido a centro privado _____ <input type="checkbox"/> Muerte | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Encarcelado / admitido a institución juvenil <input type="checkbox"/> Revocación (solamente programas de desvío) <input type="checkbox"/> Alta administrativa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se desconoce |
|--|--|

Comentarios
