Cliente STARS ID: _____

Fecha: _____

Tipo de Instrumento:

☐ Inicial ☐ Adulto
☐ Transferencia de nivel de Atención ☐ Joven
☐ Alta

1. ¿Diría que, en general, su salud mental es?:

☐ Excelente ☐ Muy Bueno/a ☐ Bueno/a ☐ Regular ☐ Deficiente

Por favor, responda las siguientes preguntas basándose en los últimos 30 días:

a. ¿Ha sido arrestado/a?	☐ Sí ☐No ☐Se Negó
b. ¿Tuvo suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	☐ Sí ☐No ☐Se Negó
c. ¿Ha estado satisfecho/a con las condiciones de su espacio de vivienda?	☐ Sí ☐No ☐Se Negó
d. ¿Ha pasado tiempo en una instalación para:	
i. ¿Desintoxicación/tratamiento para trastornos por uso de sustancias en régimen de internación o residencial?	☐ Sí ☐No ☐Se Negó
ii. ¿Atención de salud mental?	☐ Sí ☐No ☐Se Negó
iii. ¿Alguna enfermedad, lesión o cirugía en el cuerpo humano?	☐ Sí ☐No ☐Se Negó
e. ¿Ha pasado tiempo en una institución correccional, incluyendo cárcel/prisión/JDC, debido a un arresto, violación de la libertad condicional o libertad vigilada?	☐ Sí ☐No ☐Se Negó
f. ¿Ha tenido pensamientos suicidas?	☐ Sí ☐No ☐Se Negó
g. En los últimos 30 días, ¿se ha sentido…?	
i. *¿Nervioso/a?*	☐ Sí ☐No ☐Se Negó
ii. *¿Desesperado/a?*	☐ Sí ☐No ☐Se Negó
iii. *¿Inquieto/a o nervioso/a?*	☐ Sí ☐No ☐Se Negó
iv. *¿Tan deprimido/a que nada podía animarle?*	☐ Sí ☐No ☐Se Negó
v. *¿Que todo es un esfuerzo?*	☐ Sí ☐No ☐Se Negó
vi. *¿Inútil?*	☐ Sí ☐No ☐Se Negó
vii. *¿Molestado/a por problemas psicológicos o emocionales?*	☐ Sí ☐No ☐Se Negó

2. Por favor, indique su nivel de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones marcando la opción que mejor represente sus sentimientos su opinión sobre su en los últimos <u>30 días</u>.	Opciones de Respuesta						
	Desacuerdo total	**Desacuerdo**	**indeciso**	**Acuerdo**	**Acuerdo Total**	**No aplicable**	**Se Negó**
Dominio: Preguntas de Conectividad Social a-g							
a. Estoy feliz con las amistades que tengo, quienes me escuchan y me comprenden cuando hablo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Tengo personas con quienes puedo hacer cosas agradables.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Me siento parte de la comunidad.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. En una crisis, tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e. Tengo personas con quienes me siento cómodo/a hablando sobre mis problemas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f. Tengo familias o amigos que me apoyan en mi recuperación.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g. Generalmente logro lo que me propongo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dominio: Funcionamiento Preguntas h-q							
h. Hago cosas que son más significativas para mí.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i. Puedo hacerme cargo de mis necesidades.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
j. Puedo manejar las cosas cuando salen mal.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
k. Puedo hacer las cosas que quiero hacer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
l. Me llevo bien con la familia, los amigos, y otras personas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
m. Puedo lidiar con las crisis.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
n. Me va bien en situaciones sociales.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
o. Me va bien en la escuela y/o en el trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
p. Mis síntomas no me molestan tanto.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
q. Mi situación de vivienda es un lugar seguro para vivir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Completar Solo en la Transferencia de Nivel de Atención o al Alta

3. **Por favor, responda las siguientes preguntas según su experiencia durante los <u>últimos 30 días.</u>**

Dominio: Percepción de la Atención Preguntas a-n

a.	El personal cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	☐ Sí	☐ No	☐ Se Negó
b.	Me sentí libre de quejarme.	☐ Sí	☐ No	☐ Se Negó
c.	Me proporcionaron información sobre mis derechos.	☐ Sí	☐ No	☐ Se Negó
d.	El personal me alentó a asumir la responsabilidad de cómo vivo mi vida.	☐ Sí	☐ No	☐ Se Negó
e.	El personal me informó sobre los efectos secundarios a los que debo estar atento.	☐ Sí	☐ No	☐ Se Negó
f.	El personal respetó mis deseos sobre quién puedo y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	☐ Sí	☐ No	☐ Se Negó
g.	El personal fue sensible a mi origen cultural, étnico, religioso y espiritual.	☐ Sí	☐ No	☐ Se Negó
h.	Se me alentó a participar en programas dirigidos por consumidores.	☐ Sí	☐ No	☐ Se Negó
i.	Me sentí cómodo/a haciendo preguntas sobre mi tratamiento.	☐ Sí	☐ No	☐ Se Negó
j.	Yo, no el personal, decidí mis objetivos de tratamiento.	☐ Sí	☐ No	☐ Se Negó
k.	Me gustaron los servicios que recibí aquí.	☐ Sí	☐ No	☐ Se Negó
l.	Si tuviera otras opciones, seguiría recibiendo servicios en esta agencia.	☐ Sí	☐ No	☐ Se Negó
m.	Recomendaría esta agencia a un amigo o a un miembro de mi familia.	☐ Sí	☐ No	☐ Se Negó
n.	El personal me ayudó u obtener la información que necesitaba para poder hacerme cargo de manejar mi enfermedad.	☐ Sí	☐ No	☐ Se Negó

Dominio: Percepción Sobre el Acceso a los Servicios Preguntas o-p

o.	La ubicación de los servicios era (es) conveniente.	☐ Sí	☐ No	☐ Se Negó
p.	Pude obtener todos los servicios que creí necesitar.	☐ Sí	☐ No	☐ Se Negó

Por favor, marque la casilla correspondiente según cómo le ha ido desde que ingresó al programa y que mejor refleje lo que piensa.	Antes de comenzar el programa					Ahora (al finalizar el programa)				
	Deficiente	*Promedio*	*Bueno/a*	*Excelente*	*NA*	*Deficiente*	*Promedio*	*Bueno/a*	*Excelente*	*NA*
	1	*2*	*3*	*4*		*1*	*2*	*3*	*4*	
a. Control del consume de alcohol	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Control del consume de drogas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Preguntas que deban ser completadas solo por el clínico.

1. En este período, ¿cuál es su del clínico) evaluación del entendimiento y disposición del cliente para participar en su programa de tratamiento? Por favor, marque un número en la escala a continuación:

Desconectado y bloqueado	Compromiso mínimo con la recuperación	Participación limitada en la recuperación	Participación positiva en la recuperación	Participación óptima en la recuperación
☐	☐	☐	☐	☐