Cliente STARS ID: _____

Fecha: _____

Tipo de Instrumento:

☐ Inicial ☐ Familia
☐ Actualización
☐ Alta

1. ¿Dirías que, en general, la salud mental de tu hijo/a es?

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

2. ¿Cuál es el estado laboral de tu hijo/a?

☐ Empleado/a a tiempo completo (35+ horas por semana)
☐ Empleado/a a tiempo parcial
☐ Ama de casa
☐ Otro (especificar)
☐ Estudiante
☐ Jubilado/a
☐ Discapacitado/a
☐ Desempleado/a

3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el estado residencial actual de tu hijo/a?

☐ Independiente, viviendo en una residencia privada
☐ Sin hogar
☐ Dependiente, viviendo en una residencia privada
☐ Cuidado residencial (hogar grupal, centro de rehabilitación, cuidado operado por agencia)
☐ Hogar de acogida/Cuidado de acogida
☐ Entorno institucional (cuidado 24/7 por personal especializado/calificado/médicos)
☐ Otro (especificar)
☐ Residencia de crisis
☐ Cárcel/centro de corrección

4. ¿Cuál es el nivel educativo más alto completado por su hijo/a?
(12 = GED y diploma de escuela secundaria o clases de educación especial autointegradas) _____

a. Si está inscrito/a en la escuela, ¿ha asistido su hijo/a a la escuela en algún momento en los últimos 3 meses? ☐Sí ☐No ☐ Se negó

5. Por favor, responda las siguientes preguntas basadas en los últimos 30 días:

a. ¿Ha sido arrestado/a su hijo/a? ☐Sí ☐No ☐ Se negó
b. ¿Tuviste suficiente dinero para cubrir las necesidades de tu hijo/a? ☐ Sí ☐No ☐ Se negó
c. ¿Has estado satisfecho/a con las condiciones del espacio donde vive tu hijo/a? ☐ Sí ☐No ☐ Se negó
d. En los últimos 30 días, ¿ha sentido tu hijo/a...?
   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 animar a tu hijo/a?* ☐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

6. Por favor, responda las siguientes preguntas basadas en los <u>últimos 6 meses:</u>

a. ¿Ha pasado su hijo/a tiempo en una institución para…:

i. ¿Desintoxicación/tratamiento para trastornos por uso de sustancias en régimen de internación o residencial?	☐Sí ☐No ☐ Se negó
ii. ¿Cuidado de salud mental?	☐ Sí ☐No ☐ Se negó
iii. ¿Alguna enfermedad, lesión o cirugía en el cuerpo humano?	☐Sí ☐No ☐ Se negó

b. ¿Ha pasado su hijo/a tiempo en una institución correccional, incluyendo cárcel/prisión/detención (debido a un arresto, violación de libertad condicional o de prueba)? ☐Sí ☐No ☐Se negó

c. ¿Ha tenido su hijo/a pensamientos suicidas? ☐ Sí ☐No ☐ Se negó

7. Por favor, indique su nivel de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones marcando la opción que mejor represente sus sentimientos u opinión sobre su hijo/a en los últimos 6 meses.	**Opciones de respuesta**						
	Desacuerdo total	**Desacuerdo**	**Indeciso**	**Acuerdo**	**Acuerdo total**	**No aplicable**	Se negó
Dominio: Preguntas de Conectividad Social a-g							
a. Mi hijo/a está feliz con las amistades que tiene, sus amigos/as lo/a escuchan y lo/a entienden cuando habla.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Mi hijo/a tiene personas con las que puede hacer cosas agradables.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Siento que mi hijo/a pertenece a la comunidad.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. En una crisis, mi hijo/a tendría el apoyo que necesita de la familia o amigos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e. Mi hijo/a tiene personas con las que se siente cómodo/a hablando.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f. Mi hijo/a tiene familiares o amigos que apoyan su recuperación.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g. Mi hijo/a generalmente logra lo que se propone hacer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dominio: Funcionamiento Preguntas h-q							
h. Mi hijo/a hace cosas que son más significativas para él/ella.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i. Mi hijo/a puede cuidar de sus necesidades.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
j. Mi hijo/a puede manejar las cosas cuando van mal.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
k. Mi hijo/a puede hacer las cosas que quiere hacer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Por favor, indique su nivel de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones marcando la opción que mejor represente sus sentimientos u opinión sobre su hijo/a en los últimos 6 meses.	Response Options						
	Desacuerdo total	**Desacuerdo**	**Indeciso**	**Acuerdo**	**Acuerdo total**	**No aplicable**	Se negó
l. Mi hijo/a se lleva bien con la familia, los amigos y otras personas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
m. Mi hijo/a puede enfrentar una crisis.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
n. Mi hijo/a se desenvuelve bien en situaciones sociales.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
o. Mi hijo/a se desenvuelve bien en la escuela y/o el trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
p. Los síntomas de mi hijo/a no les están molestando tanto.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
q. La situación de vivienda de mi hijo/a es un lugar seguro para vivir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Completar solo en Actualización o Alta

8. Por favor, responda las siguientes preguntas según su experiencia durante los últimos 6 meses.

Dominio: Percepción de la Atención: Preguntas a-n	
a. El personal cree que mi hijo/a podría crecer, cambiar y recuperarse.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
b. Mi hijo/a se sintió libre de quejarse.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
c. A mi hijo/a se le dio información sobre sus derechos.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
d. El personal alentó a mi hijo/a a tomar responsabilidad por cómo vive su vida.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
e. El personal le dijo a mi hijo/a qué efectos secundarios debe tener en cuenta.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
f. El personal respetó los deseos de mi hijo/a sobre quién debe y quién no debe recibir información sobre su tratamiento.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
g. El personal fue sensible al trasfondo cultural/étnico/religioso/espiritual de mi hijo/a.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
h. Mi hijo/a a participar en programas gestionados por consumidores.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
i. Mi hijo/a se sintió cómodo/a haciendo preguntas sobre su tratamiento.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
j. Mi hijo/a, no el personal, decidió sus metas de tratamiento.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
k. Mi hijo/a le gustaron los servicios que recibió aquí.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
l. Si mi hijo/a tuviera otras opciones, aún recibiría servicios en esta agencia.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
m. Mi hijo/a recomendaría esta agencia a un amigo o familiar.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
n. El personal ayudó a mi hijo/a a obtener la información que necesitaba para poder encargarse de gestionar su enfermedad.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
Dominio: Percepción sobre el acceso a los servicios: Preguntas o-p	
o. La ubicación de los servicios fue (es) conveniente.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
p. Mi hijo/a pudo obtener todos los servicios que pensó que necesitaba.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó

Preguntas que deben 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
☐	☐	☐	☐	☐