Cliente STARS ID: _____

Fecha: _____

Tipo de Instrumento:
La familia debería responder sobre cómo sienten que su hijo está progresando con los servicios.

☐ Inicial ☐ Familia
☐ Transferencia de nivel de atención
☐ Alta

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

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

Por favor, responda las siguientes preguntas basándose en los últimos <u>30 días:</u>

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.	¿Ha pasado su hijo/a 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 su hijo/a tiempo en una institución correccional, incluyendo cárcel/prisión/detención, debido a un arresto, violación de la libertad condicional o libertad vigilada?	☐ Sí ☐No ☐Se Negó
f.	¿Ha tenido su hijo/a pensamientos suicidas?	☐ Sí ☐No ☐Se Negó
g.	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 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 hijo/a 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. Mi hijo/a feliz con las amistades que tiene, 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 familia o amigos que apoyan su recuperación.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g. Mi hijo/a generalmente logra lo que se propone.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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 salen mal.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
k. Mi hijo/a puede hacer las cosas que quiero hacer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
l. Mi hijo/a se llevó bien con la familia, los amigos, y otras personas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
m. Mi hijo/a puede manejar la crisis.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
n. Mi hijo/a se desenvuelve bien en situaciones sociales.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
o. Mi hijo/a se desempaña bien en la escuela y/o en el trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
p. Los síntomas de mi hijo/a no le están molestan tanto.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
q. La situación de vivienda de mi hijo/a 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 mi hijo/a podría crecer, cambiar y recuperarse.	☐ Sí	☐ No	☐ Se Negó
b. Mi hijo/a ser sentía 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 que 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. El personal animo a mi mijo/a usar programas dirigidos 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 objetivos 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 recibirá 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 era (es) conveniente.	☐ Sí ☐ No ☐ Se Negó
p. Mi hijo/a pudo obtener todos los servicios que creían que necesitaban.	☐ Sí ☐ No ☐ Se Negó

4. Marque la casilla correspondiente indicar cómo le ha ido a su hijo/a desde que ingresó al programa, de acuerdo con su opinión.	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**
☐	☐	☐	☐	☐