



NOMBRE DEL PACIENTE:	
NUMERO DE DOC:	FECHA DE NACIMIENTO:

EVALUACION DE SALUD MENTAL ENTRE SISTEMAS/VIVIENDAS ASEGURADAS Se necesita intérprete
INSTRUCCIONES: ESTA EVALUACION DEBE SER COMPLETADA PARA TODOS LOS PACIENTES QUE LLEGUEN DESDE CENTROS QUE NO SON DEL DOC O QUE ESTÉN EN VIVIENDAS ASEGURADAS.

FECHA:	RECIBIDO DESDE: <input type="checkbox"/> Fuera del Estado <input type="checkbox"/> Detención federal <input type="checkbox"/> Cárcel <input type="checkbox"/> Otros:	INSTALACIÓN RECEPTORA:
--------	---	------------------------

Lugar de la evaluación: Oficina confidencial Otra:

Informar al paciente: Queremos asegurarnos de que cubrimos sus necesidades de salud mental y psiquiátrica mientras está en el DOC. Cuanto más precisa sea la información que nos proporcione, nos aseguraremos mejor de que se satisfagan esas necesidades. Si no entiende una pregunta, por favor hágamelo saber. Hacemos estas preguntas a todos los que vienen al DOC. Empezaré preguntando por sus pronombres preferidos. Por favor, sepa que nuestro personal de salud mental y psiquiatría harán todo lo posible para seguir su preferencia declarada y pondremos esta información a disposición de otros proveedores de atención médica. Esta información no se compartirá fuera de los Servicios de Salud. Si desea que otros utilicen sus pronombres preferidos, por favor, hágase saber a su Consejero de Clasificación.

Pronombres utilizados: Ella Él Ellos/ellas
 Sin pronombres, usar mi nombre Otros:

1. ¿Ha recibido alguna vez terapia o medicación para un problema de salud mental y/o por intento de suicidio?..... Sí No
(SI SI): Número de hospitalizaciones: _____ La más reciente: _____
(SI SI) Paciente externo: Tratamiento actual Actualmente se recomienda/requiere, pero no asiste
 Tratamiento pasado Sólo en centros penitenciarios
 13-035 Autorización para la divulgación de información de salud firmada Sí No
(SI SI) ¿Está tomando algún medicamento en la actualidad?..... Sí No
(SI SI) ¿Cuándo lo tomo por última vez?

2. ¿Le han dicho alguna vez que tiene un diagnóstico de salud mental? Sí No
 Informado: Depresión Ansiedad Bipolar Esquizofrenia Psicosis ADD/ADHD
 PTSD Otro (describa): _____
 Vía: Indicado a partir de alerta recibida Autoinforme Observado ≥ 1 indicadores de un problema mental

3. ¿Cree que necesita servicios de salud mental ahora? Sí No
(SI SI) Describa: _____

4. ¿Se ha autolesionado para enfrentar dolor emocional, trauma o para evitar el suicidio? Sí No
(SI SI): a) ¿Cuántas veces? _____ b) ¿Cómo/Cuándo fue la última vez? _____
 c) ¿Qué pasó después? Nada Tratamiento médico Hospitalizado psiquiátricamente
 d) ¿Alguna terapia para esto? No Sí - ¿De qué tipo?

5. ¿Ha intentado alguna vez suicidarse/acabar con su vida? Sí No
(SI SI): a) ¿Cuántas veces? _____ b) ¿Cuándo fue la última vez? _____
 c) ¿Qué pasó después? Nada Tratamiento médico Hospitalizado psiquiátricamente
 d) ¿Alguna terapia para esto? No Sí - ¿De qué tipo?

6. ¿Ha intentado alguna vez provocar a otros en un intento de suicidio (p.ej., suicidio por policía)?.. Sí No

7. ¿Está pensando en hacerse daño o en suicidarse en este momento? Sí No

8. ¿Ha perdido el conocimiento por más de 30 minutos, como en un accidente de auto, después de una caída, o después de una pelea entre usted y otra persona (incluida la DV/IPV)? Sí No
(SI SI) ¿Cuántas veces ha quedado inconsciente? _____ (Remitido a servicios TBI)

9. Limpio y sobrio, ¿ha oído o visto cosas que otras personas no vieron? Sí No
(SI SI) a) Describa: _____

(SI SI) b) ¿Le dicen que se haga daño a si mismo o a otra persona? Sí No

10. ¿Ha experimentado algún trauma en su vida? Sí No

11. Si lo presionaran, ¿tendría dificultades para decir que no y marcharse?..... Sí No

Las leyes estatales y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de quien se trata, o según la ley.
 State law and/or federal regulations prohibit disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law.



NOMBRE DEL PACIENTE:	
NÚMERO DE DOC:	FECHA DE NACIMIENTO:

EVALUACION DE SALUD MENTAL ENTRE SISTEMAS/VIVIENDAS ASEGURADAS Se necesita intérprete
INSTRUCCIONES: ESTA EVALUACION DEBE SER COMPLETADA PARA TODOS LOS PACIENTES QUE LLEGUEN DESDE CENTROS QUE NO SON DEL DOC O QUE ESTÉN EN VIVIENDAS ASEGURADAS.

FECHA:	RECIBIDO DESDE: <input type="checkbox"/> Fuera del Estado <input type="checkbox"/> Detención federal <input type="checkbox"/> Cárcel <input type="checkbox"/> Otros:	INSTALACIÓN RECEPTORA:
--------	---	------------------------

12. ¿Cuándo fue la última vez que consumió alcohol, marihuana, drogas ilícitas o abusó medicamentos recetados? _____
 ¿Sustancia de elección? _____ ¿Recibió tratamiento de trastorno por consumo de sustancias? Sí No

13. ¿Tiene problemas para leer y escribir? Sí No
 ¿Tiene antecedentes de educación especial? Sí No

14. ¿Tiene un tutor legal, un poder notarial duradero para la atención sanitaria o un poder notarial? .. Sí No
 (SI SÍ): Tipo: _____ Nombre: _____
 Información de contacto: _____

¿Hizo una directiva anticipada de salud médica o mental en la comunidad? Sí No

OBSERVACIONES

Apariencia:	<input type="checkbox"/> Alerta/orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado/confuso	<input type="checkbox"/> Marcha
	<input type="checkbox"/> Aseado	<input type="checkbox"/> Desarreglado	<input type="checkbox"/> Falta de higiene/mal olor
	<input type="checkbox"/> Cicatrices/tatuajes	<input type="checkbox"/> Dentición deficiente	<input type="checkbox"/> Otros:
Comportamiento:	<input type="checkbox"/> Poco llamativo	<input type="checkbox"/> Raro/extraño	<input type="checkbox"/> Inquietante/ansioso
	<input type="checkbox"/> Afecto retraído/plano	<input type="checkbox"/> Afecto inapropiado	<input type="checkbox"/> Lentitud de respuesta
	<input type="checkbox"/> Habla rápida/presionada	<input type="checkbox"/> Temblores	<input type="checkbox"/> Otros:
Actitud:	<input type="checkbox"/> Cooperativa	<input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente	<input type="checkbox"/> Sospechoso
	<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> Hostil/defensivo	<input type="checkbox"/> Manipulador
	<input type="checkbox"/> Tangencial	<input type="checkbox"/> Evasivo/de guardia	<input type="checkbox"/> Otros:

DISPOSICIÓN

Vivienda: Población general COA RTU/TECS Código S: _____

Remisión a valoración de la salud mental: 24 horas/Urgente Programación de rutina Prioridad: _____

Remisión a servicios de TBI Notificado: _____

Alerta de vivienda: Víctima potencial (entrar en OMNI) Notificado: _____

Nombre impreso: _____ Título: _____ Firma: _____

REVISIÓN DE REGISTROS/EXAMEN SECUNDARIO QUE DEBE COMPLETARSE AL SER ADMITIDO AL DOC.

Si se readmite, código S anterior: _____ Fecha de la última asignación del código S: _____

¿Medicación psiquiátrica confirmada desde la cárcel? Sí No
 (SI SÍ) Qué medicamentos psiquiátricos: _____

¿Registros disponibles revisados? Sí No

Comunidad MH _____
 Hospital Estatal _____
 Otros _____

Código S provisional:	Código S final:	Código G:	Código B:
Nombre impreso:	Título:	Firma:	Fecha:

Distribución: **ORIGINAL** - Ficha de salud **COPIA** - Salud Mental (2), Recepción CUS, SOTAP (cuando sea aplicable)

Las leyes estatales y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de quien se trata, o según la ley.
 State law and/or federal regulations prohibit disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law.

DOC 310.300 DOC 320.255 DOC 320.260 DOC 490.820 DOC 610.040 DOC 630.500