



Lowell House, Inc.

Rebuilding Lives, Strengthening Our Community

- Cuidado posterior a la segunda ofensa (SOA)

Información del Nuevo Cliente

Fecha: _____

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Seguro Médico: _____

Número de miembro: _____ Grupo: _____

Asegúrese de traer lo siguiente con usted en su primera cita:

- Licencia de conducir / identificación
- Tarjeta de seguro
- Remisión (si corresponde)
- Cualquier información pertinente

Por favor, prepárate para que te tomen una foto.

**** Asegúrese de firmar y fechar todas las páginas que tienen líneas de firma ****

FORMULARIO DE ADMISIÓN
Cuidado posterior al segundo delincuente



Lowell House, Inc.
Rebuilding Lives, Strengthening Our Community

ESM# _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad/ Estado/ Código postal: _____

Número de teléfono# _____ Numero Trabajo#: _____

Fecha de arresto: _____ Fecha de Convicción _____ BAC _____

Tribunal en el que se condenó a _____

1) Estatus matrimonial ¿Con quién vives? Por favor, enumere los nombres y edades de las personas con las que

vive: _____

2) ¿Algún miembro de su familia, o la familia de su pareja, alguna vez ha tenido problemas con el alcohol y / u otras drogas? _____

3) ¿Alguna vez ha sido arrestado por cualquier otro delito relacionado con el alcohol / drogas, aparte de este OUI actual?

Si sí, por favor enumere los delitos, la fecha y los tribunales o departamentos de policía involucrados:

4) ¿Alguna vez ha sido arrestado por algún otro delito? _____ Si Sí, por favor enumere:

5) ¿Alguna vez ha sido puesto bajo custodia protectora? _____ Si Sí, por favor enumere:

6) ¿Alguna vez ha tenido una audiencia en el Departamento de Vehículos Motorizados en este estado o en cualquier otro estado? _____

7) ¿Dónde trabajas? _____

8) ¿Qué haces para el trabajo, ____

9) ¿Cuánto tiempo ha estado empleado en su trabajo actual? _____

10) ¿Alguna vez te han despedido de un trabajo? _____ Sí, por favor enumere el tipo de trabajo razón

11) Grado más alto completado (incluye la universidad, si corresponde) _____

12) ¿Alguna vez has estado en el ejército? _____ Sí, ¿qué rama? _____

13) ¿Qué tipo de alta recibiste? _____

14) ¿Qué tipo de alcohol y/o droga(s) estaba usando justo antes de su arresto? _____

15) ¿Cuánto de este alcohol y/o droga(s) consumió? _____

16) ¿Cuánto tiempo estuvo bebiendo/usando antes de su arresto? _____

17) ¿Se sintió borracho / drogado en el momento de su arresto? _____

A qué edad consumió alcohol y/u otras drogas por primera vez? _____

Complete la tabla a continuación en relación con su consumo de drogas (incluido el alcohol):

Drogas / alcohol	Frecuentemente	Cuánto	Con qué frecuencia	Cuánto en los últimos 30 días	Último uso

Alguna vez ha participado en algún programa de autoayuda como AA, ALANON, ¿NA o grupos ACOA? _____ ¿Con qué frecuencia asiste? _____

¿Está actualmente, o alguna vez ha estado, involucrado en alguna granja de tratamiento o asesoramiento por cualquier razón? _____ Sí, por favor enumere a continuación:

¿Ha tenido actualmente, o alguna vez, lesiones o enfermedades graves lejos de las cuales haya recibido algún tratamiento médico? ____ LF Sí, por favor explique:

¿Está tomando actualmente algún medicamento recetado? _____ LF Sí, por favor enumere: Dosis de medicamento
Razón para tomar.

¿Alguna vez alguien ha mostrado alguna preocupación relacionada con su consumo de alcohol y / u otras drogas? _____
LF Sí, ¿quién ha mostrado preocupación y por qué?

¿Crees que algún problema en tu vida está relacionado con beber o drogarse? _____ LF Sí, ¿por qué?

A qué escuela secundaria asististe: _____

¿Te graduaste? SÍ NO GED

¿Años estuviste en la escuela secundaria? (ex.1988-1992): _____

¿Asististe a la universidad? SÍ NO

Si es así, ¿dónde asististe? _____

Lista de grado/certificación y año de graduación: _____

¿Dónde naciste y te criaste? _____

¿Quién te crió? _____

¿Dónde estás en el orden de nacimiento? _____ ¿Se mantiene en contacto con los miembros de la familia? SÍ NO

¿Hay antecedentes familiares de enfermedad mental o adicción? NO SÍ

Si sí, por favor enumere la relación con usted, así como la adicción o enfermedad: _____

LHI Staff: _____ **Fecha:** _____



Lowell House, Inc.
Rebuilding Lives, Strengthening Our Community

LOWELL HOUSE ADDICTION AND TREATMENT AND RECOVERY

101 Jackson St. 4TH Piso
Lowell, MA 01852
(978)459-8656

Cuidado posterior al segundo delincuente Persona a la que se sirve/Acuerdo de agencia

Persona a la que sirve: _____
Nombre de impresión

Descripción general del programa de atención posterior para el segundo delincuente

El Programa de Cuidado Posterior al Segundo Delincuente (SOA) en Lowell House, Inc. es un programa de asesoramiento ambulatorio de un año de duración. El programa comienza con un Plan de Acción Individual (IAP) inicial que desarrollará con un médico en LHI. Al finalizar su IAP, completará 8 semanas de tratamiento, ya sea en entornos individuales y / o grupales que se determinarán en la cita de admisión. En estas sesiones, su médico y usted determinarán sus necesidades clínicas en el futuro. El siguiente paso en el proceso será abordar las necesidades clínicas que se describieron en su IAP. Se le pedirá que participe en una cita IAP individual cada 90 días para revisar su plan de tratamiento con su médico.

Componentes específicos del programa

1. Asistir y completar su cita de admisión / evaluación inicial

Durante la admisión, completará su admisión inicial y participará en la redacción de su Plan de Servicio Individual (ISP) inicial.

2. Asistir y completar 8 sesiones semanales de evaluación / tratamiento

Los tipos de sesiones (grupales o 1:1) se basan en sus necesidades clínicas individuales identificadas durante su cita de admisión / evaluación inicial.

3. Completar de forma independiente 4 reuniones de autoayuda

Debe asistir a cuatro (4) reuniones de autoayuda. Es su responsabilidad obtener una firma autorizada en las hojas de asistencia proporcionadas por Lowell House, Inc, para documentar su presencia en la reunión. Estas reuniones de autoayuda deben completarse al final de sus sesiones de 8 semanas, y solo se aceptarán hojas de firma originales (no fotocopias).

4. Realización de exámenes de orina aleatorios obligatorios

Los resultados de la prueba de orina junto con cualquier recomendación posterior generada a partir de la prueba se presentarán al tribunal si se firma un consentimiento por escrito. Las pruebas de orina se realizarán al azar durante todo el curso del programa por LHI. El Costo de estas pantallas es de \$30.00 por pantalla.

5. Completar al menos un (1) alcoholímetro cada 90 días durante su programa SOA

Los resultados del alcoholímetro se presentarán al tribunal y pueden incluir recomendaciones generadas como resultado de los resultados del alcoholímetro. El Costo del alcoholímetro es de \$12.00 por prueba.

6. Al final de sus sesiones de 8 semanas, se le pedirá que asista a una sesión 1: 1 para escribir un nuevo Plan de Servicio Individual. Los PAI deben revisarse cada 90 días.

7. Al final de las sesiones de 8 semanas, Lowell House Inc. generará un informe para el tribunal que comunicará su participación en el programa y su Plan de Servicio Individual para el resto del programa.

Lowell House, Inc. enviará informes mensuales a su Oficial de Libertad Condicional detallando su estado en el Programa de Cuidado Posterior al Segundo Delincuente. Debe completar todos los requisitos antes de la sesión de planificación del Plan de servicio individual 1:1. El incumplimiento de todos los requisitos dentro de los plazos descritos anteriormente puede llevar a la terminación por parte del Programa de Cuidado Posterior al Segundo Delincuente y Lowell House, Inc. lo devolverá a la corte/fuente de referencia.

El resto del programa consistirá en:

- 1. Participar y completar todas las recomendaciones y requisitos de asesoramiento, como se indica en el Plan de Acción individual (IAP) formulado al final del período de evaluación de 8 semanas.** Las recomendaciones de asesoramiento (sujetas a reevaluación cada 90 días) se extenderán durante su período de prueba de un año. El requisito mínimo para este componente de la SOA es una sesión de asesoramiento ambulatorio una vez al mes, sin embargo, los IAP pueden incluir sesiones de tratamiento y / o modalidades adicionales.
- 2. Realización de análisis de orina aleatorio**
Los resultados de la prueba de orina, un largo con cualquier recomendación posterior generada a partir de la prueba también se presentará al tribunal.
- 3. Asista y complete la sesión de Planificación de Acción Individual 1: 1 cada 90 días.**
- 4. Completar un alcoholímetro cada 90 días durante su programa de asesoramiento ambulatorio de segundo delincuente posterior.** Los resultados del alcoholímetro se presentarán al tribunal / fuente de referencia y pueden incluir recomendaciones debido a los resultados del alcoholímetro.
- 5. Asistir y participar en una sesión individual (1:1) de planificación del alta Esta cita está programada 35 días antes de su alta real.**

I _____ haber leído los componentes anteriores de asesoramiento para pacientes
Nombre de impresión

ambulatorios de Second Offender Aftercare y requisitos y entiendo mis responsabilidades para completar este programa.

Persona Seved

Fecha

Firma del personal de Lowell House, Inc.

Fecha

Contrato de pago de segundo infractor Aftercare (SOA)

Tasas de atención posterior para pacientes ambulatorios de segundo delincuente

\$175.00 Intake Sesión

\$75.00 por sesión individual

\$35.00 por sesión grupal

\$30.00 Por examen de orina administrado.

Los pagos deben hacerse antes del comienzo de cada cita o sesión. Solo se aceptan los siguientes métodos de pago: efectivo, giro postal o tarjeta de crédito / débito. NO se permiten cheques personales.

Como cliente del Programa de Cuidado Posterior para Segundos Delincuentes en Lowell House Inc (LHI), 1 entiende y acepta lo siguiente:

- Soy responsable del pago de todos los servicios SOA que LHI me proporciona y que no están cubiertos por mi seguro.
- He revisado las tarifas de SOA / Pacientes ambulatorios.
- Debo pagar todas mis citas en el momento de la cita.
- Es mi responsabilidad notificar formalmente a LHI de cualquier cambio en mi plan de seguro médico.
- Soy responsable de completar LHI's. seguros / ingresos Formularios de verificación y ayudar en el proceso de verificación, cuando sea necesario.
- Hasta que mi seguro sea presentado y verificado, 1 soy responsable del costo de cualquier servicio que reciba de LHI.
- Si mi compañía de seguros niega el pago a LHI por un servicio que se prestó, o existe un saldo pendiente después de que LHI recibe el pago de mi compañía de seguros, 1 am responsable de todos y cada uno de los saldos adeudados.
- Soy responsable de realizar todos los copagos requeridos en el momento en que se prestan los servicios.

** Las cartas finales de finalización del programa no se enviarán a la fuente de referencia / corte hasta que todas las tarifas se paguen en su totalidad. El personal de LHI puede cancelar los cargos en ciertas circunstancias y se requerirá documentación dentro de las 24 horas para su consideración.

Persona

Fecha

Firma del personal de Lowell

Fecha

POLÍTICAS DE CUIDADO POSTERIOR AL SEGUNDO DELINCUENTE

1. Asistencia

La asistencia al Programa SOA es obligatoria; esto también incluye cualquier Planes de Servicio Individual (ISP) que estén programados para usted durante el programa. Las citas de ISP no se pueden reprogramar ni cancelar. Si cancela / reprograma cualquier ISP, esto contará como una sesión perdida. El incumplimiento de la Política de Ausencia resultará en su terminación del programa y remitido a la corte. Si usted es referido a LHI para su reincorporación al programa SOA en Lowell House, Inc. Deberá participar en un proceso de reevaluación. A partir de esta reevaluación, se desarrollará su nuevo ISP.

****Debes llegar a tiempo. Si llega tarde, no será admitido en su sesión (Grupo / individuo) esto contará como una ausencia injustificada.**

No se permiten más de tres (3) ausencias injustificadas durante las Fases II y 111, y debe recuperar todas y cada una de las sesiones perdidas. Una ausencia justificada se define por lo siguiente:

1. Usted está en el hospital.
2. ¡Estás enfermo y puedes proporcionar medica! Documentación de un médico.
3. Si usted es el cuidador principal de alguien (niño, padre anciano), y esa persona está enferma y / o está hospitalizada y requiere que usted cuide de ella. Debe proporcionar documentación médica de que la persona que está cuidando requiere su presencia.
4. Alguien cercano a usted (familia, ser querido) ha fallecido y usted está asistiendo a los servicios. Debe proporcionar el tipo de documentación (tarjeta de duelo, obituario).

En caso de ausencia aprobada, debe notificar al Coordinador de SOA y proporcionar la documentación requerida antes de su próxima cita programada. Las sesiones perdidas no pueden ejecutarse consecutivamente a menos que se proporcione la documentación adecuada. Cualquier documentación debe ser proporcionada antes de su próxima sesión al Coordinador del Programa SOA, si tiene una sesión perdida en su parte mensual de su Fase 111-B se requiere la composición del programa.

2. Asistencia de autoayuda

Debe asistir a 4 reuniones de autoayuda (AA, NA y / o Smart Recovery) durante la Fase II del Programa SOA y proporcionar la documentación original apropiada según sea necesario. **NO SE ACEPTARÁN FOTOCOPIAS.** La documentación de las reuniones asistidas debe ser presentada por su 4ª sesión grupal / individual. La falta de presentación de documentación puede resultar en la terminación del Programa SAO.

3. Alcoholímetros y pruebas de detección de drogas

Debe cumplir con todas las pruebas aleatorias de detección de drogas mientras esté en el programa SOA. Las pruebas de orina son administradas por LHI. El costo de cada examen de orina es de \$ 30.00, la Declaración de solicitud y divulgación opcional debe completarse identificando cualquier medicamento recetado (por ejemplo, analgésicos). Al completar la Divulgación, debe proporcionar Lowell House, Inc. con la orden del médico o copias de la receta dentro de las 72 horas. Si los resultados de su análisis de orina son positivos para cualquier sustancia, y no ha completado el Formulario de divulgación y / o proporcionado Lowell House, Inc. Con copias de la orden del médico o copias de la receta, será dado de baja del programa y será devuelto a la corte Lowell House, LNC. notificará a su fuente de referencia / corte que ha fallado una prueba de detección de drogas al azar. ¿Te niegas t? Cumplir con cualquier análisis de orina al azar Esto resultará en la terminación del programa. Debe participar en todas las pruebas de alcoholemia / pruebas de detección de drogas administradas por el personal de LHI. El costo de cada alcoholímetro es de \$12.00. El rechazo de cualquier alcoholímetro

o prueba de drogas administrado, salir del grupo mientras se administra un alcoholímetro o prueba de drogas y / o cualquier resultado positivo, excluyendo la medicación prescrita aprobada, resultará en la terminación del Programa SOA.

4. Sobriedad

Debe estar libre de alcohol / drogas para todas las sesiones y citas realizadas en LHI. Nadie puede asistir a una sesión individual / grupal mientras esté bajo la influencia de / o en posesión de alcohol o cualquier otra droga. La violación de esta política dará lugar a la terminación de sus servicios en LHI, y usted será referido a la corte / fuente de referencia. LHI notificará a su corte/fuente de referencia **inmediatamente**.

5. Comunicación

Como parte del programa SOA y con su consentimiento firmado, LHI se comunicará al menos una vez al mes con su fuente de referencia / oficial de libertad condicional sobre su progreso en el programa. No se enviará una carta de finalización a la corte / fuente de referencia hasta que se cumplan todos los requisitos del programa y se pague el saldo pendiente en su totalidad. Es responsabilidad de cada persona servida proporcionar una dirección postal actual y un número de teléfono a LHI. Es su responsabilidad informar a LHI de cualquier cambio de dirección o número de teléfono para que podamos asegurarnos de que podemos comunicarle cualquier información pertinente del programa.

6. Pago

Debe cumplir con todas las obligaciones financieras antes de completar el programa como se describe en las páginas anteriores para completar con éxito el programa.

7. Seguridad

- No se permiten armas de ningún tipo en la propiedad de LHI ni durante ninguna actividad asociada con LHI.
- Debe abstenerse de comportamiento verbal o físico agresivo o abusivo hacia cualquier persona o propiedad asociada con LHI.
- La posesión de alcohol y drogas está prohibida en la propiedad de LHI.

La violación de una política de seguridad resultará en la terminación inmediata de sus servicios y se notificará a su fuente de referencia / tribunal.

8. Terminación

Si se le da de baja del Programa de Segundos Delincuentes por cualquier motivo, debe comenzar el programa de nuevo. Debe completar todos los requisitos de SOA como se describe en el acuerdo. Si no cumple con alguno o todos los requisitos de SOA, se enviará un informe al tribunal / fuente de referencia de inmediato.

Procedimiento formal de quejas y quejas:

Las quejas se manejan siempre que surgen llevándolas al personal asistente. Si no se puede llegar a una resolución satisfactoria, la persona atendida debe presentar la documentación de la queja al Director de Servicios Ambulatorios para su posterior revisión.

Nombre de impresión

Firma

Fecha

Firma del personal de Lowell

Fecha



Cuidado posterior al segundo infractor (SOA)

Contrato de pago

Los pagos deben realizarse antes del comienzo de cada cita/sesión.

SOLO se aceptan los siguientes métodos de pago: efectivo, giro postal o tarjeta de débito / crédito. **NO se aceptan cheques personales.**

TARIFAS	
Sesión de admisión	\$129.00
Sesión Individual	\$110.00
Sesión grupal	\$26.00
Por análisis de orina administrado	\$30.00

Como cliente del programa de Cuidado Posterior para Segundos Delincuentes en Lowell House INC (LHI), ENTIENDO Y ACEPTO lo siguiente:

- Soy responsable del pago de todos los servicios SOA que me proporciona LHI y que no están cubiertos por mi seguro.
- He revisado las tarifas SOA/ambulatorias.
- Debo pagar todas mis citas en el momento de mi cita.
- Es mi responsabilidad notificar formalmente a LHI de cualquier cambio en mi plan de seguro médico.
- Soy responsable de completar los CHI. formularios de verificación de seguros/ingresos y ayudar en el proceso de verificación si es necesario.
- Hasta que mi seguro esté presente y verificado, soy responsable del costo de cualquier servicio que reciba de LHI.
- Si mi seguro niega el pago a LHI por el servicio que se entregó o existe un saldo pendiente después de que LHI reciba el pago de mi compañía de seguros, soy responsable de todos y cada uno de los saldos adeudados.
- Soy responsable de hacer todos los copagos requeridos en el momento en que se prestan los servicios.
- * Las cartas de finalización final del programa **no se** enviarán a la fuente de referencia / tribunal hasta que todas las tarifas se paguen en su totalidad. El personal de LHI puede renunciar a los cargos en ciertas circunstancias y se requerirá documentación dentro de las 24 horas para su consideración.

Nombre del cliente impreso: _____

Fecha: _____

Nombre del cliente Firma: _____

Fecha: _____

Firma del personal de LHI: _____

Fecha: _____



Criterios de licencia de dificultad de OUI de ofensa

múltiple

Antes de solicitar una licencia por dificultades en el Registro de Vehículos Motorizados, revise los requisitos a continuación para determinar si es elegible. Aunque puede cumplir con todos los requisitos, la emisión de una licencia por dificultades solo se otorga a discreción razonable de la RMV, según los hechos del caso.

- NO hay evidencia de ninguna operación de un vehículo motorizado desde la fecha efectiva de la suspensión/revocación OUI.
- La cantidad MÍNIMA de tiempo, reflejada en la tabla a continuación y dependiendo del tipo de dificultad solicitada, se ha cumplido en la suspensión.

Tiempo de elegibilidad de OUI

Duración de la suspensión	Trabajo / Educación Dificultades	Dificultades generales
1 año (365 días)	3 meses de suspensión de OUI	6 meses de suspensión de OUI
2 años (730 días)	1 año en suspensión OUI	18 meses de suspensión de OUI
3 años (2920 días)	2 años en suspensión OUI	4 años en suspensión OUI
4 años (3650 días)	5 años en suspensión OUI	8 años en suspensión OUI

- Se han COMPLETADO otros períodos activos de suspensión/revocación.
- Debe proporcionar prueba documentada de la finalización del programa de tratamiento de alcohol adecuado para la segunda ofensa OUI y superior: programa interno de 2 semanas para la segunda ofensa, programa interno de 90 días para las ofensas 3ra y 4ta.
- Debe proporcionar el Resumen del alta del programa de tratamiento, indicando el factor de riesgo o la tasa de reincidencia.
- Debe proporcionar prueba de cumplimiento con todos los cuidados posteriores ordenados. Los segundos infractores deben proporcionar el "2º Delincuente. Carta de finalización necesaria para la consideración de dificultades" emitida por el proveedor de atención posterior. Además, tenga en cuenta que la parte de evaluación de riesgos de esta carta expira 90 DÍAS a partir de la fecha de emisión. Si no se presenta esta carta de manera oportuna, el Oficial de Audiencias de RMV requerirá una nueva evaluación de riesgos, a su cargo, y que sea completada por la agencia indicada en la carta. Si se recomienda un tratamiento adicional para el abuso de sustancias, se debe presentar una revisión del progreso del centro / consejero de tratamiento de abuso de sustancias. Además, se puede solicitar un nuevo resumen de alta para aclarar la tasa de reincidencia.
- Usted ha proporcionado una carta de libertad condicional, de no más de 30 días de antigüedad, que indique que cumple con cualquier libertad condicional actual o condiciones de liberación. Si no está en libertad condicional o sujeto a ninguna forma de supervisión judicial en el momento de la solicitud de licencia por dificultades, este requisito puede ser eximido.
- Has documentado una dificultad legítima. Debe proporcionar una carta de su empleador, con membrete, que esté fechada dentro de los 30 días anteriores a la solicitud de licencia por dificultades. La carta debe indicar su

necesidad de una licencia por dificultades y las horas de trabajo. Nota: El RMV solo puede otorgar una licencia idéntica de 12 horas y 7 días.

- Si trabaja por cuenta propia, debe presentar un comprobante de trabajo por cuenta propia. Las formas aceptables de prueba consisten en un certificado comercial, formularios de impuestos que indiquen trabajo por cuenta propia y / o una licencia profesional actual. También debe presentar una carta en su propio nombre explicando su necesidad de una licencia por dificultades y las horas solicitadas. Nota: El RMV solo puede otorgar una licencia idéntica de 12 horas y 7 días.
- Si está solicitando una licencia por dificultades para otro propósito (es decir, educación, tratamientos médicos), el RMV requiere documentación de terceros de la dificultad. Nota: El RMV solo puede otorgar una licencia idéntica de 12 horas y 7 días.
- Usted es responsable de proporcionar pruebas con respecto a la disponibilidad de transporte público. Esta prueba puede incluirse en la carta de su empleador. También puede proporcionar rutas locales de autobús / tránsito, MapQuest, etc. Las solicitudes de dificultades pueden ser denegadas si puede acceder a empleo, escuela o tratamientos médicos a través del transporte público, a menos que la prueba de dificultades articule que el transporte público no satisfará la solicitud y la razón, por lo tanto.
- Se requiere la instalación de un dispositivo de bloqueo de encendido (ID) para todas las licencias por dificultades que incluyen una segunda o posterior ofensa OUI, y para ciertos delincuentes primerizos que, en el momento del arresto, tenían un contenido de alcohol en la sangre que se registró en o por encima de .15. Los delincuentes múltiples deben mantener el IID en un vehículo durante dos años. tras la eliminación de la restricción de condiciones difíciles. Consulte <https://www.mass.gov/guides/ignition-interlock-device-program> para obtener más detalles.
- Si debe instalar un dispositivo de bloqueo de encendido, visite <https://www.mass.gov/guides/ignitioninterlockdevice-program> para revisar si es elegible para solicitar el estado de indigencia. La aprobación incluye los costos exentos de instalación, dispositivo, monitoreo y servicio, pero no los costos relacionados con violaciones o tarifas o servicios de RMV.
- Las solicitudes de All para una licencia por dificultades para una 3ª o 4ª ofensa deben ser aprobadas por el Director de la Unidad de Control de Conductores y se tomarán bajo aviso si el Oficial de Audiencias de RMV se inclina a aprobar dicha solicitud.

NOTA: El restablecimiento solo se permite una vez que la prueba de instalación del IID y las declaraciones juradas hayan sido devueltas a un Oficial de Audiencias de RMV. Es posible que se requiera un examen de permiso de aprendizaje y una prueba de carretera si ha estado suspendido o inactivo durante más de dos años.

ENCUESTA SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS Y MANEJO EN ADULTOS – REVISADA Y MODIFICADA (ASUDS-RM)

A COMPLETAR POR EL CLIENTE

NOMBRE:	FECHA:	EDAD:	Género: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	AÑOS DE EDUCACIÓN ESCOLAR:
GRUPO ÉTNICO: <input type="checkbox"/> AFROAMERICANO / NEGRO <input type="checkbox"/> ANGLO / BLANCO – NO HISPANO <input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> NATIVO AM. <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> OTRO				
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTERO (NUNCA CASADO) <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO				
EMPLEO: <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> EMPLEADO TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> JUBILADO <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/> OTRO				
HOSPITALIZACIONES PREVIAS POR TRATAMIENTO COMO PACIENTE AMBULATORIO O INTERNADO POR ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS: <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/> 1 ENTRADA <input type="checkbox"/> 2 O MÁS ENTRADAS				
CANTIDAD DE ARRESTOS O CONDENAS POR MANEJAR EN ESTADO DE EBRIEDAD: <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 O MÁS ARRESTO POR BAC: <input type="checkbox"/> SE NEGÓ A LA PRUEBA: <input type="checkbox"/>				

ESTE FOLLETO CONTIENE PREGUNTAS SOBRE SU CONSUMO DE ALCOHOL U OTRAS DROGAS. ALGUNAS PREGUNTAS SE RELACIONAN CON PROBLEMAS QUE PUDO HABER TENIDO EN SU COMUNIDAD. OTRAS PREGUNTAS SE RELACIONAN CON SUS SENTIMIENTOS Y EMOCIONES. PARA CADA PREGUNTA, RODEE CON UN CÍRCULO LA LETRA DEBAJO DE LA RESPUESTA QUE MEJOR SE ADAPTE A SU SITUACIÓN. RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS Y DE SOLO UNA RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA.

En la lista de drogas siguiente, rodee con un círculo la respuesta que mejor se adapte a su situación. En el caso del alcohol, se refiere a la cantidad de veces en su vida que se ha embriagado. En el caso de todas las otras drogas, es la cantidad de veces en su vida que ha consumido la droga. A continuación, a la derecha de la página, para cada droga, indique la cantidad de veces en los seis meses previos al arresto por manejo en estado de ebriedad, incluido el arresto actual, que se emborrachó o la cantidad de veces que consumió cada una de las otras drogas. Rodee «a» si no se embriagó con alcohol ni consumió otras drogas durante ese periodo de seis meses. Rodee «b» si se embriagó con alcohol o consumió otras drogas de 1 a 10 veces. Rodee «c» si fue de 11 a 25 veces, etc. Después, para cada droga que haya consumido en su vida, indique la edad a la que la consumió por última vez.

Cantidad total de veces en la vida

	Cantidad total de veces en la vida					Veces en los 6 meses previos al arresto por manejar bajo los efectos del alcohol					Edad del último consumo
	Nunca consumí	Una a 10 veces	11-25 veces	26-50 veces	Más de 50 veces	a	b	c	d	e	
1. Cantidad de veces que se embriagó con alcohol (cerveza, vino, licores fuertes, cócteles).	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	___
2. Marihuana (hierba, hachís, THC, maría, etc.) consumida sin aprobación de un facultativo o especialista médico según la legislación/normativa médica estatal relativa a la marihuana.	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	___
3. Cocaína (coca, nieve, crack, piedra, etc.).	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	___
4. Anfetaminas/metanfetaminas/estimulantes (meta, hielo, cristal, anfetá, pastillas para adelgazar, elevadores, bellezas negras, cruces blancas, «bennies», Dexedrina, Desoxina, Ritalin, Adderall, sales de baños, etc.) consumidos sin prescripción por razones médicas.	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	___
5. Alucinógenos (LSD, ácido, peyote, hongos, PCP, polvo de ángel, éxtasis, ketamina, MDMA, etc.).	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	___
6. Inhalantes (rush, gasolina, pintura, pegamento, óxido nitroso, líquido corrector, aerosol, dispensador de crema batida, nitrato de amilo).	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	___
7. Heroína (H, farlopa, pasta, junk, caballo, pico, , etc.).	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	___
8. Otros opiáceos o analgésicos (codeína, opio, morfina, Percodan, Dilaudid, Demerol, Vicodin, metadona, oxycodona, Oxycontin, Darvon, etc.) consumidos sin prescripción por razones médicas.	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	___
9. Barbitúricos/sedantes (Seconal, Nembutal, Amytal, Phenobarbital, Dalmane, Quaaludes, Placidyl, medicamentos para dormir, «blues», «reds», «yellows», «ludes», etc.) consumidos sin prescripción por razones médicas.	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	___
10. Tranquilizantes (Librium, Valium, Ativan, Xanax, Serax, Miltown, Equanil, Halcion, meprobamatos) consumidos sin prescripción por razones médicas.	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	___

- | 11. Con respecto al consumo de cigarrillos (tabaco) | Nunca fumó | No fuma ahora | Hasta media cajetilla al día | Alrededor de una cajetilla al día | Más de una cajetilla al día |
|--|------------|---------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| | a | b | c | d | e |
| Por favor elija la respuesta a cada pregunta que mejor se adapte a la visión de usted mismo. | | | | | |
| 12. ¿Bebe (alcohol) para divertirse o sentirse feliz? | | | | | |
| a. No | | | | | |
| b. Ocasionalmente | | | | | |
| c. A menudo | | | | | |
| d. Muy a menudo | | | | | |
| 13. ¿Bebe para relajarse socialmente? | | | | | |
| a. No | | | | | |
| b. Algunas veces | | | | | |
| c. A menudo | | | | | |
| d. Muy a menudo | | | | | |
| 14. ¿Toma uno o dos tragos para aliviar sus preocupaciones? | | | | | |
| a. No, nunca | | | | | |
| b. Sí, algunas veces | | | | | |
| c. A menudo | | | | | |
| d. Muy a menudo | | | | | |
| 15. ¿Ha padecido algún dolor de cabeza fuerte por haber bebido demasiado? | | | | | |
| a. No | | | | | |
| b. Sí, uno o dos veces | | | | | |
| c. Sí, algunas veces | | | | | |
| d. Muchas veces | | | | | |
| 16. ¿Cuántas veces ha estado ebrio? | | | | | |
| a. Nunca | | | | | |
| b. Una o dos veces | | | | | |
| c. Varias veces | | | | | |
| d. Muchas veces | | | | | |
| 17. ¿Ha visto disminuida su capacidad en el trabajo o ha faltado al trabajo por haber bebido demasiado? | | | | | |
| a. No | | | | | |
| b. Sucedió una vez | | | | | |
| c. Sucedió dos o tres veces | | | | | |
| d. Ha sucedido más de tres veces | | | | | |
| 18. ¿Alguna vez ha sido incapaz de concentrarse o pensar con claridad después de haber bebido demasiado? | | | | | |
| a. No | | | | | |
| b. Una vez | | | | | |
| c. Un par de veces | | | | | |
| d. Varias veces | | | | | |
| 19. ¿Bebe cuando se siente triste y deprimido? | | | | | |
| a. Nunca | | | | | |
| b. Sí, algunas veces tomo un par de tragos cuando estoy triste | | | | | |
| c. Sí, a menudo bebo cuando estoy triste | | | | | |
| d. Sí, bebo casi todas las veces que me siento triste o deprimido | | | | | |
| 20. ¿Alguna vez manejó un vehículo a sabiendas de que había bebido demasiado? | | | | | |
| a. No | | | | | |
| b. Sí, una vez | | | | | |
| c. Sí, algunas veces | | | | | |
| d. Muchas veces | | | | | |
| 21. ¿Alguna vez se ha desmayado por ebriedad? | | | | | |
| a. No | | | | | |
| b. Una vez | | | | | |
| c. Dos o tres veces | | | | | |
| d. Cuatro o cinco veces o más | | | | | |
| 22. ¿Alguna vez se ha sentido triste en los bajones después de beber? | | | | | |
| a. No | | | | | |
| b. Una vez | | | | | |
| c. Un par de veces | | | | | |
| d. Varias veces | | | | | |
| 23. ¿Alguna vez no ha podido recordar lo que había hecho cuando estaba bebiendo? | | | | | |
| a. No | | | | | |
| b. Sí, una vez | | | | | |
| c. Sí, dos veces | | | | | |
| d. Sí, tres o más veces | | | | | |
| 24. ¿Bebe para aliviar la tensión o el estrés? | | | | | |
| a. No | | | | | |
| b. Sí, algunas veces | | | | | |
| c. Sí, a menudo | | | | | |
| d. Sí, muy a menudo | | | | | |
| 25. Excedo los límites de velocidad si las condiciones de la vía son seguras. | | | | | |
| a. No es cierto | | | | | |
| b. Algunas veces es cierto | | | | | |
| c. Suele ser cierto | | | | | |
| d. Siempre es cierto | | | | | |
| 26. Me he encontrado manejando a alta velocidad sin darme cuenta. | | | | | |
| a. Nunca | | | | | |
| b. Casi nunca | | | | | |
| c. A menudo | | | | | |
| d. Muy a menudo | | | | | |
| 27. Cuando otros conductores cometen infracciones, pierdo la paciencia. | | | | | |
| a. Nunca | | | | | |
| b. Casi nunca | | | | | |
| c. A menudo | | | | | |
| d. Muy a menudo | | | | | |
| 28. Manejo rápido y me arriesgo a que me multen. | | | | | |
| a. Nunca | | | | | |
| b. Algunas veces | | | | | |
| c. A menudo | | | | | |
| d. Muy a menudo | | | | | |
| 29. Manejar a gran velocidad me da sensación de poder. | | | | | |
| a. Nunca | | | | | |
| b. Algunas veces | | | | | |
| c. A menudo | | | | | |
| d. Muy a menudo | | | | | |
| 30. He corrido riesgos al manejar por el simple hecho de hacerlo. | | | | | |
| a. Nunca | | | | | |
| b. Casi nunca | | | | | |
| c. A menudo | | | | | |
| d. Muy a menudo | | | | | |
| 31. Maldigo en voz alta o insulto en voz baja a otros conductores. | | | | | |
| a. Nunca | | | | | |
| b. Casi nunca | | | | | |
| c. A menudo | | | | | |
| d. Muy a menudo | | | | | |
| 32. Suelo ir más rápido que otros conductores. | | | | | |
| a. Nunca | | | | | |
| b. Casi nunca | | | | | |
| c. A menudo | | | | | |
| d. Muy a menudo | | | | | |
| 33. He sobrepasado a otros conductores sin estar apurado. | | | | | |
| a. Nunca | | | | | |
| b. Casi nunca | | | | | |
| c. A menudo | | | | | |
| d. Muy a menudo | | | | | |
| 34. Soy un conductor al que le gusta estar adelante en el tráfico. | | | | | |
| a. No es cierto | | | | | |
| b. Algunas veces es cierto | | | | | |
| c. Suele ser cierto | | | | | |
| d. Siempre es cierto | | | | | |
| 35. He intentado saltarme una luz roja. | | | | | |
| a. Nunca | | | | | |
| b. Casi nunca | | | | | |
| c. A menudo | | | | | |
| d. Muy a menudo | | | | | |
| 36. Esquivo y zigzagueo en el tráfico. | | | | | |
| a. Nunca | | | | | |
| b. Casi nunca | | | | | |
| c. A menudo | | | | | |
| d. Muy a menudo | | | | | |

Como resultado del consumo de una de las drogas que aparecen en la Página 1, incluido el alcohol, indique con qué frecuencia le ha pasado lo siguiente durante su vida. Luego, para cada uno de los enunciados, en la columna de la derecha de la página, indique cuántas veces le ha sucedido en los seis meses anteriores a su arresto por manejar bajo los efectos del alcohol, incluyendo el actual. Rodee con un círculo la «a» si no le pasó en ese período de seis meses. Rodee con un círculo la «b» si le sucedió de 1 a 3 veces. Rodee con un círculo la «c» si le sucedió de 4 a 6 veces. Rodee con un círculo la «d» si le sucedió de 7 a 10 veces. Rodee con un círculo la «e» si le sucedió más de 10 veces.

	Cantidad total de veces en la vida					Veces durante los 6 meses anteriores a su arresto por manejar bajo los efectos del alcohol, incluido el arresto actual.
	Nunca	1-3 veces	4-6 veces	7-10 veces	Más de 10 veces	
37. Tuvo una laguna mental (olvidó lo que hizo pero aún estaba despierto).	a	b	c	d	e	a b c d e
38. Recurrió a la violencia física.	a	b	c	d	e	a b c d e
39. Se tambaleó y tropezó.	a	b	c	d	e	a b c d e
40. Se desmayó (perdió la consciencia).	a	b	c	d	e	a b c d e
41. Intentó suicidarse.	a	b	c	d	e	a b c d e
42. Se sintió mal o tuvo náuseas.	a	b	c	d	e	a b c d e
43. Vio o escuchó cosas inexistentes.	a	b	c	d	e	a b c d e
44. Tuvo confusión mental.	a	b	c	d	e	a b c d e
45. Pensó que lo perseguían o querían hacerle daño.	a	b	c	d	e	a b c d e
46. Sufrió temblores o tiritó.	a	b	c	d	e	a b c d e
47. Sufrió un espasmo o convulsión.	a	b	c	d	e	a b c d e
48. Se le aceleró la frecuencia cardíaca.	a	b	c	d	e	a b c d e
49. Se puso muy ansioso, nervioso y tenso.	a	b	c	d	e	a b c d e
50. Tuvo fiebre, calor o sudores.	a	b	c	d	e	a b c d e
51. No comió ni durmió.	a	b	c	d	e	a b c d e
52. Se sintió débil, cansado y extenuado.	a	b	c	d	e	a b c d e
53. No pudo ir al trabajo o a la escuela.	a	b	c	d	e	a b c d e
54. Descuidó a su familia.	a	b	c	d	e	a b c d e
55. Infringió la ley o cometió un delito.	a	b	c	d	e	a b c d e
56. No pudo pagar sus deudas.	a	b	c	d	e	a b c d e
	16	17	18		4	5

Rodee con un círculo la letra correspondiente a la respuesta de cada pregunta que mejor se adapte a su situación.

	Nunca	1-2 veces	3-4 veces	5 o más veces
57. Durante mi adolescencia, tuve problemas con la ley.	a	b	c	d
58. Me suspendieron o expulsaron del colegio cuando era niño o adolescente.	a	b	c	d
59. He estado en peleas o riñas.	a	b	c	d
60. He sido acusado de manejar sin estar en condiciones o bajo la influencia del alcohol u otras drogas.	a	b	c	d
61. Como adulto, he tenido problemas con la ley en otras situaciones aparte del manejo de un vehículo motorizado.	a	b	c	d

Rodee con un círculo la letra correspondiente a la respuesta de cada pregunta que mejor se adapte a su situación.

	No es cierto	Algo cierto	Suele ser cierto	Siempre cierto
62. He tenido problemas porque no cumpla las reglas.	a	b	c	d
63. No me gustan los policías.	a	b	c	d
64. Hay demasiadas leyes en la sociedad.	a	b	c	d
65. Está bien infringir la ley si no se hace daño a nadie.	a	b	c	d
66. En general, nadie me dice lo que debo hacer.	a	b	c	d

6 ____

Por favor responda cómo se aplican a usted estas preguntas durante su vida y los últimos seis meses que estuvo en la comunidad. Rodee con un círculo la letra debajo de la respuesta elegida.

	Durante su vida				Durante los últimos 6 meses
	Ningun a	1-2 veces	3-4 veces	5 o más veces	
67. Cantidad de veces que he sido arrestado y acusado de un delito.	a	b	c	d	a b c d
68. Cantidad de veces que he sido condenado por un delito (delito menor o grave).	a	b	c	d	a b c d
69. Cantidad de veces que he sido arrestado por un delito cometido contra una persona (tal como robo, hurto, agresión, violación, homicidio involuntario, asesinato).	a	b	c	d	a b c d
70. Cantidad de veces que he sido arrestado por un delito relacionado con violencia doméstica.	a	b	c	d	a b c d
71. Cantidad de veces que estado detenido o en la cárcel.	a	b	c	d	a b c d

Por favor responda cómo se aplican a usted estas preguntas durante su vida y los últimos seis meses. Rodee con un círculo la letra debajo de la respuesta elegida.

	Durante su vida					Durante los últimos 6 meses
	Nunca	1-6 meses	7-12 meses	1-3 años	4 o más años	
72. Cantidad total de tiempo que he estado en libertad vigilada.	a	b	c	d	e	a b
73. Cantidad total de tiempo que he estado en libertad condicional.	a	b	c	d	e	a b
74. Cantidad total de tiempo que he estado en prisión o en la cárcel.	a	b	c	d	e	a b

Por favor responda cómo se aplican a usted estas preguntas durante su vida y los últimos seis meses que estuvo en la comunidad. Rodee con un círculo la letra debajo de la respuesta elegida.

	Durante su vida				Durante los últimos 6 meses
	No, nunca	Algunas veces	Mucho	La mayor parte del tiempo	
75. Mientras estaba en la comunidad, he pasado tiempo con personas que han tenido problemas penales.	a	b	c	d	a b c d
76. Me ha resultado difícil no tener problemas con la ley.	a	b	c	d	a b c d
77. Me he comportado o he actuado de forma violenta.	a	b	c	d	a b c d
78. Planifiqué los delitos que cometí.	a	b	c	d	a b c d
79. Cuando infringí la ley, estaba dopado o bajo la influencia del alcohol u otras drogas.	a	b	c	d	a b c d

7 ____

8 ____

Para las siguientes preguntas, por favor elija la respuesta que mejor se adapte a su situación.

	No	Sí, algunas veces	Sí, mucho	Sí, todo el tiempo	
80. ¿Se ha sentido desanimado y deprimido?	a	b	c	d	
81. ¿Ha estado nervioso y tenso?	a	b	c	d	
82. ¿Ha estado irritado y malhumorado?	a	b	c	d	
83. ¿Sus estados de ánimo han tenido altibajos, de muy feliz a muy deprimido?	a	b	c	d	
84. ¿Tiende a preocuparse por las cosas?	a	b	c	d	
85. ¿Ha sentido ganas de dejar de vivir o quitarse la vida?	a	b	c	d	
86. ¿Ha tenido problemas para conciliar el sueño?	a	b	c	d	
87. ¿Ha tenido pensamientos que lo alteren o perturben?	a	b	c	d	
88. ¿Se ha sentido desalentado por su futuro?	a	b	c	d	9

9

	No, nunca	Casi nunca	Algunas veces	Sí, mucho	
89. ¿Alguna vez se ha molestado con alguien?	a	b	c	d	
90. ¿Ha mentido acerca de algo o no ha dicho la verdad?	a	b	c	d	
91. ¿Suele sentirse infeliz?	a	b	c	d	
92. ¿Ha sentido frustración por su trabajo?	a	b	c	d	
93. ¿Se guarda las cosas y no dice a otros lo que piensa o siente?	a	b	c	d	
94. ¿Ha sido poco amable o irrespetuoso con alguien?	a	b	c	d	
95. ¿Ha gritado alguna vez por alguien o algo?	a	b	c	d	10

10

Por favor responda las siguientes preguntas acerca de la manera que se ve a si mismo en este momento.

	Para nada	Sí, quizás	Sí, muy probablemente	Sí, con seguridad	
96. ¿Ha sentido la necesidad de hacer cambios en su consumo de alcohol u otras drogas?	a	b	c	d	
97. ¿Desea dejar el alcohol?; o si ya lo ha hecho, ¿desea seguir sin consumirlo?	a	b	c	d	
98. ¿Desea dejar de consumir otras drogas?; o si ya lo ha hecho, ¿desea seguir sin consumirlas?	a	b	c	d	
99. ¿Ha sentido la necesidad de recibir ayuda debido a sus problemas con el consumo de alcohol?	a	b	c	d	
100. ¿Ha sentido la necesidad de recibir ayuda para sus problemas de consumo de otras drogas?	a	b	c	d	
101. ¿Es importante para usted hacer cambios con respecto al consumo de alcohol u otras drogas?	a	b	c	d	
102. ¿Desearía participar (o continuar) en un programa en el que se brinde ayuda a las personas con problemas de consumo de alcohol u otras drogas?	a	b	c	d	11

11

FIN DE LA ENCUESTA



Acuerdo de Asesoramiento para Pacientes Ambulatorios:

Se le programará una cita de una hora con uno de nuestros consejeros. Se le pedirá que explique el motivo de su visita y que comparta parte de su historial. En una reunión posterior, usted y el consejero crearán un plan de tratamiento individualizado. Es su elección y está en su poder identificar los objetivos de su tratamiento. Usted y su médico también acordarán las expectativas de su tratamiento aquí:

- Con qué frecuencia se reunirá, los días y horas, cuánto durará el tratamiento y qué sucede si el tratamiento se termina antes de tiempo.
- La finalización anticipada del tratamiento puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (decidida por el médico debido a factores como cancelaciones consecutivas o ausencias).

Privacidad y confidencialidad:

Estamos comprometidos a proteger y respetar su privacidad y la confidencialidad de su información médica. El código de ética: HIPAA (Healthcare Information Portability and Accountability Act); así como el Capítulo 42 CFR Parte 2 (Confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas) exige que se proteja toda la información sobre usted; y que cualquier divulgación de su información médica protegida requiere su consentimiento por escrito.

Pagos y Tarifa:

Puede optar por pagar usted mismo o usar un seguro de salud. Aceptamos las principales tarjetas de crédito para su comodidad. Si está experimentando dificultades financieras, puede calificar para ciertos cronogramas u opciones de pago especiales que se pueden pagar con un ingreso limitado, como una escala móvil.

Seguro:

Aceptamos la mayoría de las pólizas de seguro de MassHealth y, en general, nuestros servicios están cubiertos en su totalidad. Si no se acepta su póliza de seguro, puede llamar a su proveedor directamente para ver si nuestros proveedores pueden estar cubiertos o si hay un beneficio fuera de la red disponible. El personal también puede ayudarlo con una agencia alternativa para referencia.

Política de cancelación:

No presentarse o notificar a LHI dentro de las 24 horas. No presentarse o notificar a LHI dentro de las 24 horas. de una cita programada o grupo resultará en una ausencia. La notificación de cancelación debe hacerse durante el horario comercial regular de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m. En circunstancias especiales, las citas / clases perdidas pueden ser excusadas.

He recibido, leído y entiendo la información provista en este documento sobre mis derechos y expectativas sobre el tratamiento en el departamento de pacientes ambulatorios.

Firma: _____

Fecha: _____

101 Jackson Street 4th Piso, Lowell, Ma 01852- (978) 459- 8646

"Ayudar a las personas a reconstruir sus vidas hacia una vida de propósito y recuperación"
www.lowellhouseinc.org

Identificador de Alergias _____

Fecha: _____

Lowell House, Inc.

Hoja de Contacto de Emergencia para Persona Recibiendo Servicios

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Dirección: _____

Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Necesita Interpretar: Si No

Nombre de Seguro Médico: _____ Numero de Póliza: _____

Jóvenes Adolescentes – Si eres menor de 18 Años, por favor complete esta sección

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Dirección: _____

Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Información Médica

Doctor Primario: _____

Dirección de Doctor Primario: _____

Teléfono de Doctor Primario: _____

Tipo de Sangre: _____

Alergias: _____

Medicamentos y Dosis: _____

Nombre de Psiquiatra: _____

Dirección de su Psiquiatra: _____

Teléfono de su Psiquiatra: _____

Información de Contacto de Emergencia – Persona para llamar en caso de una emergencia

Nombre: _____ Relación con el Cliente: _____

Dirección: _____

Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____



Lowell House, Inc.
Rebuilding Lives, Strengthening Our Community

Consentimiento para la divulgación de información confidencial
(por favor imprimir)

Yo, _____ Autorizo a Lowell House Inc (LHI) y sus afiliadas a divulgar a y/o recibir de:
(Persona notificada/Tutor de la persona notificada)

(Nombre de la persona/organización a la que se hará la divulgación)

(Correo electrónico/teléfono)

Cualquiera de la siguiente información sobre el trastorno por uso de sustancias (marque la casilla junto a cada formulario de información que está consintiendo divulgar lejos):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asistencia | <input type="checkbox"/> Estado del tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Resultados de la prueba de orina | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Resultados del alcoholímetro | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Resultados del hisopo oral | <input type="checkbox"/> Confirmación de finalización |
| <input type="checkbox"/> Datos de Intake | <input type="checkbox"/> Resumen de la aprobación de la gestión |
| <input type="checkbox"/> Datos de evaluación | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Evaluation results | |

El propósito de la autorización de divulgación en este documento es:

(Propósito de la divulgación, lo más específico posible)

Entiendo que mis registros están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias (42 CFR Parte 2) y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones.1 también entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de él. 1 acepta que esta versión expirará en la siguiente fecha, evento o condición:

(Fecha, evento o condición)

Fecha

(Persona notificada/Firma del tutor)

Fecha

(Firma del personal de LHI)



Formulario de consentimiento de telesalud del cliente

Yo, _____ (nombre del cliente), por la presente doy mi consentimiento para participar en la salud telemental con Lowell House Addiction and Recovery _____

Entiendo que la salud telemental es la práctica de brindar servicios de atención médica clínica a través de medios asistidos por tecnología u otros medios electrónicos entre un profesional y un cliente que se encuentran en dos ubicaciones diferentes.

Entiendo lo siguiente con respecto a la salud telemental:

1. Entiendo que tengo derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención futura, servicios o beneficios del programa a los que de otro modo tendría derecho.
- 2) Entiendo que he ingresado voluntariamente a los servicios de salud telemental y que si estoy bajo la supervisión de un com1 u otra agencia (identificada como "Colateral" a continuación), ya han aprobado mi alojamiento para participar en los servicios mencionados anteriormente de forma remota.
- 3) Entiendo que existen riesgos, beneficios y consecuencias asociados con la salud telemental, que incluyen, entre otros, la interrupción de la transmisión por fallas tecnológicas, la interrupción y / o violaciones de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas y / o la capacidad limitada para responder a emergencias.
4. Entiendo que cualquier interrupción, incumplimiento y / o situación que afecte mi capacidad para asistir virtualmente o permanecer presente durante una sesión puede afectar mi registro de asistencia, y es mi responsabilidad comunicar estas situaciones a Lowell House y tratar de rectificar, potencialmente a través de una sesión de recuperación. Esto puede resultar en que tenga que pagar una tarifa de sesión perdida o una tarifa de recuperación.
5. Entiendo que es una expectativa que haga adaptaciones personales con mi propia tecnología para asegurarme de que pueda ser visible y escuchado (una cámara y un micrófono que funcionen en la tecnología que estoy usando) durante las sesiones, y que pueda ubicarme físicamente en un lugar que proteja mi propia confidencialidad y la de los demás (si está en un entorno grupal).
- 6) Entiendo que no habrá grabación de ninguna de las sesiones en línea por ninguna de las partes. Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no pueden divulgarse a nadie sin autorización por escrito, excepto cuando la divulgación esté permitida y / o requerida por la ley.

7. 6) Entiendo que no habrá grabación de ninguna de las sesiones en línea por ninguna de las partes. Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no pueden divulgarse a nadie sin autorización por escrito, excepto cuando la divulgación esté permitida y / o requerida por la ley.
(es decir, denuncia obligatoria de abuso infantil, anciano o adulto vulnerable; peligro para sí mismo o para otros; Planteo la salud mental / emocional como un problema en un procedimiento legal).
8. [Entiendo que si estoy teniendo suicidio] u homicida! pensamientos, experimentar activamente síntomas psicóticos o experimentar una crisis de salud mental que no se puede resolver de forma remota, se puede determinar que los servicios de salud telemental no son apropiados y se requiere un nivel de atención más intensivo o alterativo.

He leído la información proporcionada anteriormente y la he discutido con mi fuente de garantía/ referencia. Entiendo la información contenida en este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Firma del cliente

Fecha

Firma colateral

Fecha

Firma del personal de Lowell House

Fecha

101 Jackson Street 4th floor, Lowell MA, 01852 978-459-8656

" Ayudar a las personas a reconstruir sus vidas a una vida de propósito y recuperación.."

www.lowellhouseinc.org

Formulario de evaluación y detección del riesgo de tuberculosis en adultos
(Para registro del paciente)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ Fecha: _____

Evaluación del riesgo de tuberculosis		
	Sí	No
1) ¿Nació en África, Asia, América Central, América del Sur, México, Europa del Este, el Caribe o el Medio Oriente? ¿En qué país nació? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) En los últimos cinco años, ¿ha vivido o viajado por África, Asia, América Central, América del Sur, México, Europa del Este, el Caribe u Oriente Medio durante más de un mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) En los últimos dos años, ¿ha vivido o estado cierto tiempo con alguien que ha estado enfermo de tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ¿Tiene (o ha tenido) alguna de estas enfermedades? Diabetes Nefropatía Infección por VIH Colitis Cáncer Cirugía de estómago o intestino Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ¿Está tomando algún medicamento que según su médico podría debilitar su sistema inmunológico o aumentar su riesgo de infecciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) En el último año, ¿se ha inyectado drogas no recetadas por su médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ¿Ha vivido o trabajado alguna vez en una prisión, cárcel, hogares de tránsito o centro de atención a largo plazo? (ejemplo: asilo para ancianos, tratamiento por abuso de sustancias, centro de rehabilitación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluación de síntomas. En este momento, ¿tiene alguno de estos síntomas?		
	Sí	No
1) ¿Tos por más de dos o tres semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ¿Tos con sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ¿Pérdida de peso de más de 10 libras sin razón conocida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ¿Fiebre de 100 °F (o 38 °C) durante más de dos semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ¿Sudoración inusual o abundante por la noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) ¿Debilidad inusual o fatiga extrema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si responde "sí" a alguna de las preguntas anteriores, es posible que tenga un mayor riesgo de contraer la infección de tuberculosis. Entregue este formulario a su proveedor médico.

Cliente: _____

Fecha: _____

CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS (DAST-10)

Las siguientes preguntas se refieren a información acerca de su potencial involucramiento con drogas **excluyendo alcohol y tabaco** durante los últimos 12 meses. Lea con cuidado cada pregunta y decida si su respuesta es "No" o "Si". Después, marque el casillero apropiado junto a la pregunta.

Cuando la palabra "abuso de drogas" es usada, esta se refiere al uso de medicinas compradas con receta médica o sin ella y que son ingeridas en exceso de lo recomendado. Las varias clases de drogas pueden incluir: cannabis (mariguana, hashis), solventes, tranquilizantes (Valium), barbitúricos, cocaína, estimulantes (speed), alucinógenos (LSD) o narcóticos (heroína). Recuerde que las preguntas **no incluyen alcohol o tabaco**.

Por favor responda cada pregunta. Si tiene dificultades con alguna de las preguntas, escoja la que le parezca correcta.

<u>Estas Preguntas Están Referidas a los Últimos Doce Meses:</u>	No	Si
¿Ha usado drogas que no eran requeridas por razones médicas?	0	1
¿Usted abusa más de una droga a la vez?	0	1
¿Es usted capaz de parar de usar drogas siempre cuando se lo propone? (Si nunca ha usado drogas, responda Si)	0	1
¿Ha tenido "perdidas de conocimiento" o una "memoria repentina" como resultado del uso de drogas?	0	1
¿Alguna vez se siente mal o culpable debido a su uso de drogas? (Si nunca ha usado drogas, responda No)	0	1
¿Alguna vez su pareja (o familiares) se han quejado de su uso de drogas?	0	1
¿Ha desatendido a su familia debido a su uso de drogas?	0	1
¿Se ha implicado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas?	0	1
¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando dejo de usar drogas?	0	1
¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (perdida de la memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragia, etc.)?	0	1

Prueba MAST

La prueba MAST es una prueba simple y autopuntuable que ayuda a evaluar si usted tiene un problema con la bebida. Responda sí o no a las siguientes preguntas:

1. Sientes que eres un bebedor normal? ("Normal" se define como un bebedor tanto o menos que la mayoría de las personas)
 YES NO
2. Alguna vez te has despertado la mañana después de beber la noche anterior y has descubierto que no podías recordar una parte de la noche?
 YES NO
3. ¿Algún pariente cercano o amigo cercano alguna vez se preocupa o se queja de tu entintado?
 YES NO
4. ¿Se puede dejar de beber sin dificultad después de una o dos copas?
 YES NO
5. Alguna vez te sientes culpable por beber?
 YES NO
6. Alguna vez ha asistido a una reunión de Alcohólicos Anónimos (AA)?
 YES NO
7. Alguna vez te has metido en peleas físicas al beber?
 YES NO
8. ¿Alguna vez la bebida ha creado problemas entre usted y un pariente cercano o amigo cercano?
 YES NO
9. Algún miembro de la familia o amigo cercano ha acudido a alguien para pedirle ayuda sobre su consumo de alcohol?
 YES NO
10. Alguna vez has perdido amigas debido a tu consumo de alcohol?
 YES NO
11. Alguna vez te has metido en problemas en el trabajo debido a la bebida?
 YES NO
12. Alguna vez has perdido un trabajo por beber?
 YES NO

13. Alguna vez ha descuidado sus obligaciones, su familia o su trabajo durante dos o más días seguidos porque estaba bebiendo?
___YES ___NO
14. Bebe antes del mediodía con bastante frecuencia?
___YES ___NO
15. Alguna vez le han dicho que tiene problemas hepáticos, como cirrosis?
___YES ___NO
16. Después de un intenso drinking, ¿alguna vez ha tenido delirium tremens (DT)², temblores intensos, alucinaciones visuales o auditivas (auditivas)?
___YES ___NO
17. Alguna vez has acudido a alguien en busca de ayuda sobre tu consumo de alcohol?
___YES ___NO
18. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado por beber?
___YES ___NO
19. ¿Alguna vez su consumo de alcohol ha resultado en su hospitalización en una sala psiquiátrica?
___YES ___NO
20. Alguna vez ha ido a algún médico, trabajador social, clérigo o clínica de salud mental para obtener ayuda con algún problema emocional en el que beber era parte del problema?
___YES ___NO
21. Ha sido acusado más de una vez por conducir bajo la influencia del alcohol?
___YES ___NO
22. Alguna vez ha sido arrestado, o detenido por un funcionario durante unas horas, debido a otro comportamiento mientras bebe?
___YES ___NO

CAGE

1. Alguna vez has pensado en reducir el consumo de alcohol?
___YES ___NO
2. Alguna vez te has sentido molesto cuando tus amigos o miembros de tu familia expresaron preocupación por tu consumo de alcohol?
___YES ___NO

3. Alguna vez te has sentido mal o culpable por beber?

YES NO

4. Alguna vez bebes por la mañana antes del desayuno o antes de ir a trabajar?

YES NO



Nombre de la persona: (Nombre/Segundo Nombre/Apellido)	Número de registro:	Fecha de Admisión:
Organización/Nombre del programa:	Fecha de Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero

(Marque todo lo que corresponda a continuación)

1. ¿Qué drogas sueles consumir? <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Other Opioides <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Metadona <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas <input type="checkbox"/> Inhalantes <input type="checkbox"/> Marijuana <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Otro: _____
2. ¿Cómo usas tus drogas? <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Inyectar <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Fumar <input type="checkbox"/> Inhalar <input type="checkbox"/> Otro: _____
3. Si se inyecta drogas, ¿con qué frecuencia usa agujas nuevas? <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Nunca
4. Si usa agujas nuevas, ¿dónde las consigue? <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Intercambio de agujas <input type="checkbox"/> Otro _____
5. Si usa agujas, ¿cómo las desecha? <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Tirar a la basura <input type="checkbox"/> Intercambio de agujas <input type="checkbox"/> Llevar a la Farmacia <input type="checkbox"/> Sitio de eliminación <input type="checkbox"/> Otro _____
6. ¿Alguna vez comparte agujas/equipos de inyección? <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7. En los últimos cinco años, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales? <input type="checkbox"/> 20 o más <input type="checkbox"/> 10-19 <input type="checkbox"/> 3-9 <input type="checkbox"/> 0-2
8. ¿Con qué frecuencia usa protección contra infecciones <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Nunca
9. ¿Has tenido sexo por dinero, drogas o algo que necesitabas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
10. ¿Cuándo fue la última vez que te hiciste la prueba del VIH? <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Nunca
11. ¿Recibió sus resultados? <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
12. ¿Le gustaría obtener más información sobre el VIH, dónde hacerse la prueba / tratarse? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Por favor, marque lo que se proporcionó a la persona atendida a continuación: <input type="checkbox"/> Hoja informativa sobre el VIH <input type="checkbox"/> Solo información <input type="checkbox"/> Referido <input type="checkbox"/> Viral Hepatitis Information <input type="checkbox"/> Otra STI información <input type="checkbox"/> Otro: _____

Otras Notas / Recomendaciones:



Nombre de la persona: (Nombre/Segundo Nombre/Apellido)	Número de registro:
---	---------------------

Firma de la Persona (Opcional, si es clínicamente apropiado)	Fecha:	Firma del Padre / Tutor (Si es apropiado):	Fecha:
Clínico/Proveedor - Nombre en letra de imprenta/Credencial:	Fecha:	Supervisor - Nombre en letra de imprenta / credencial (Si es requerido):	Fecha:
Firma del médico/proveedor:	Fecha:	Firma del supervisor (Si es requerido):	Date:
Psiquiatra/MD/DO (Si es requerido):	Fecha:		

Nombre de la persona (nombre, letra inicial del segundo nombre de pila, apellido):	N.º de registro:	Fecha de admisión:
Organización/Nombre del programa: Lowell House, Inc.	Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero

PREGUNTAR. Identificar sistemáticamente a todos los consumidores de tabaco en cada visita.

<input type="checkbox"/> Nunca usé tabaco	→ Fomentar la abstinencia continua/Proceder a la sección de firmas.
<input type="checkbox"/> Consumidor de tabaco en recuperación	→ ¿Necesita más ayuda en este momento? <input type="checkbox"/> No > Continúe con la sección de firmas. <input type="checkbox"/> Sí > Continúe con la sección Asistencia.
<input type="checkbox"/> Número promedio de Cigarillos ____ / Cigarros ____ / Cazoletas de pipa _ que fuma por día	
<input type="checkbox"/> Consumo promedio de Tabaco rapé ____ / Masticar tabaco ____ / Otro: - por día	
¿Qué tan pronto después de despertarse consume tabaco?	

CONSEJO. Instar enfáticamente a todos los consumidores de tabaco a que dejen de fumar.

<input type="checkbox"/> Este programa se preocupa por todos los aspectos de su salud y adicciones, incluida la adicción a la nicotina, especialmente porque existen riesgos especiales para los consumidores de tabaco con antecedentes de abuso de alcohol y otras drogas. Lo animo a que considere dejar de fumar ahora o en el futuro.
--

EVALUAR. Determinar la disposición y disponibilidad para intentar dejar de fumar.

1. En una escala del 1 al 10, siendo 1 nada importante y 10 extremadamente importante, ¿qué tan importante diría que es para usted dejar de consumir tabaco?	En absoluto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 Extremadamente
2. En la misma escala, ¿qué tan interesado está en dejar de fumar?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
Si no está interesado, pregunte: ¿Qué lo haría estar más interesado?	
Si decidió dejar de fumar, en una escala del 1 al 10, ¿qué tan seguro está de que podría hacerlo con éxito?	En absoluto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 Extremadamente
Si no está seguro, pregunte: ¿Cómo podría el programa ayudarlo a tener más confianza?	
Si tuviera que dejar, ¿cuáles serían algunas de las razones?	
ETAPA DE CAMBIO	
<input type="checkbox"/> No considera dejar de fumar (Consideración previa)	<input type="checkbox"/> Libre de tabaco 1 día a 6 meses (Acción)
<input type="checkbox"/> Pensando en dejarlo (Consideración)	<input type="checkbox"/> Libre de tabaco 6 meses o más (Mantenimiento)
<input type="checkbox"/> Listo para dejar de fumar en los próximos 30 días (Preparación)	
Si está en preparación, pregunte: ¿Qué pasos ha dado para prepararse para su intento de dejar de fumar?	

AYUDAR. Ayudar a la persona atendida a dejar de fumar o planificar para el futuro.

<input type="checkbox"/> Evalúe las experiencias anteriores al intentar dejar de fumar: ¿Cuántas veces ha intentado dejar de consumir tabaco? ¿Qué tipos de Terapia de reemplazo de nicotina (Nicotine Replacement Therapy, NRT) ha probado? (goma de mascar, parches, inhalador, Zyban/Wellbutrin)
<input type="checkbox"/> Analice los programas disponibles: * Consejería individual y NRT en el centro * Derivación a un especialista local en tratamiento del tabaco fuera del centro * Apoyo para la reducción gradual * Apoyo para el "síndrome de abstinencia" * Materiales de autoayuda * Información de Fumadores Anónimos (NA):
Brinde materiales y fomente el apoyo, incluido el uso de asesoramiento telefónico: Línea de ayuda libre de tabaco 1-800-QUIT-NOW o sitio web www.makesmokinghistory.org

ORGANIZAR. Programar contacto de seguimiento

<input type="checkbox"/> Derivación ofrecida para tratamiento de tabaquismo en el centro:	<input type="checkbox"/> La persona atendida desea ser derivada <input type="checkbox"/> La persona atendida no desea ser derivada
<input type="checkbox"/> Se realizará un seguimiento como parte de la planificación regular del tratamiento.	

Nombre de la persona (nombre, letra inicial del segundo nombre de pila, apellido):		N.º de registro:	
Firma de la persona (opcional, si es clínicamente apropiado)	Fecha:	Firma del padre/tutor (si corresponde):	Fecha:
Médico clínico/Proveedor - Nombre en letra imprenta/Credencial:	Fecha:	Supervisor. Nombre en letra imprenta/Credencial (si es necesario):	Fecha:
Firma del médico clínico/proveedor:	Fecha:	Firma del supervisor (si es necesario);	Fecha:
Psiquiatra/Doctor en medicina (MD)/Doctor en medicina osteopática (DO) (si se requiere):	Fecha:		

Pantalla de juego de Massachusetts (MAGS)

Por favor, marque con un círculo la respuesta que mejor represente su respuesta.

<i>Preguntas</i>		<i>Respuestas</i>	
1.	¿Alguna vez ha apostado (por ejemplo, apostando dinero en la lotería, bingo, eventos deportivos, juegos de casino, cartas, carreras u otros juegos de azar)?	1. No	Sí
2.	¿Alguna vez ha experimentado presión social, psicológica o financiera para comenzar a apostar o aumentar la cantidad que juega?	2. No	Sí
3.	¿Cuánto sueles apostar en comparación con la mayoría de las otras personas?	3. Menos sobre lo mismo	Más
4.	¿Sientes que la cantidad o frecuencia de tu juego es "normal"?	4. Sí	No
5.	¿Tus amigos o familiares piensan en ti como un jugador "normal"?	5. Sí	No
6.	¿Alguna vez has sentido la presión de apostar cuando no juegas?	6. No	Sí
<u>Si nunca ha apostado, por favor pase a la pregunta #29 ahora.</u>			
7.	¿Alguna vez te sientes culpable por tu juego?	7. No	Sí
8.	¿Algún miembro de su familia alguna vez se preocupa o se queja de su juego?	8. No	Sí
9.	¿Alguna vez has pensado que deberías reducir o dejar de apostar?	9. No	Sí
10.	¿Siempre puedes dejar de apostar cuando quieres?	10. Sí	No
11.	¿Alguna vez su juego ha creado problemas entre usted y algún miembro de su familia o amigos?	11. No	Sí
12.	¿Alguna vez te has metido en problemas en el trabajo o la escuela debido a tu juego?	12. No	Sí
13.	¿Alguna vez ha descuidado sus obligaciones (por ejemplo, familia, trabajo o escuela) durante dos o más días seguidos porque estaba jugando?	13. No	Sí
14.	¿Alguna vez has acudido a alguien en busca de ayuda sobre tu juego?	14. No	Sí,
15.	¿Alguna vez ha sido arrestado por una actividad relacionada con el juego?..	15. No	sí
16.	¿Ha estado preocupado durante los últimos 12 meses pensando en formas de obtener dinero para apostar o revivir experiencias de juego pasadas (por ejemplo, discapacidad, selección de un número)?	16. No	Sí
17.	Durante los últimos 12 meses, ¿ha apostado cantidades cada vez mayores de dinero para experimentar el nivel deseado de emoción del juego?	17. No	Sí
18.	Durante los últimos 12 meses, ¿descubrió que la misma cantidad de juegos de azar tuvo menos efecto en usted que antes?	18. No	Sí
19.	¿Dejar de apostar o reducir la cantidad de juego te ha hecho sentir inquieto o irritable durante los últimos 12 meses?	19. No	Sí



Pantalla de juego de Massachusetts (MAGS)

<i>Preguntas</i>	<i>Respuestas</i>
20. Durante los últimos 12 meses, ¿apostó para reducir cualquier sensación incómoda (por ejemplo, inquietud o irritabilidad) que resultó de haber dejado o reducido previamente el juego?	20. No Sí
21. ¿Has jugado como una forma de escapar de los problemas o aliviar sentimientos de impotencia, culpa, ansiedad o depresión durante los últimos 12 meses?	21. No Sí
22. Durante los últimos 12 meses, después de perder dinero jugando, ¿ha vuelto a apostar otro día para recuperar su dinero perdido?	22. No Sí
23. ¿Ha mentido a miembros de su familia u otras personas para ocultar hasta qué punto ha estado apostando durante los últimos 12 meses?	23. No Sí
24. ¿Ha cometido algún acto ilegal (por ejemplo, falsificación, fraude, robo, malversación de fondos, etc.) durante los últimos 12 meses para financiar su juego?	24. No Sí
25. Durante los últimos 12 meses, ¿ha puesto en peligro o perdido una relación, trabajo, educación u oportunidad profesional significativa debido a su juego?	25. No Sí
26. Durante los últimos 12 meses, ¿ha confiado en otras fuentes (por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo, banco) para proporcionarle dinero para resolver una situación financiera desesperada causada por su juego?	26. No Sí
27. Durante los últimos 12 meses, ¿ha hecho esfuerzos sin éxito para limitar, reducir o detener el juego?	27. No Sí
28. ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera apuesta?	28. <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
29. ¿Cuál es tu sexo?	29. Hembra Masculino
30. ¿Cuál es tu edad a partir de tu último cumpleaños?	30. <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
31. ¿Qué tan honestas fueron sus respuestas a cada una de las preguntas de esta encuesta?	31. Nada honesto Algo deshonesto Algo honesto Muy honesto

Appendix C

Autodeclaración de ingresos

Las regulaciones federales requieren que obtiene está agricultura documento que se está brindando asistencia a hogares de bajos ingresos moderados. El Participante/Tutor debe completar este formulario indicando todas las personas que residen dentro de su hogar, independientemente de si están relacionadas. El concesionario debe conservar este formulario para los requisitos de informes mensuales como nosotros/1 como para las visitas de monitoreo en el sitio.

LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO SE MANTIENE CONFIDENCIAL Y NO SE COMPARTE CON NINGUNA OTRA AGENCIA

TENGA EN CUENTA: LAS CUATRO SECCIONES DE ESTE FORMULARIO DEBEN COMPLETARSE PARA RECIBIR EL REEMBOLSO

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

1. ESTADO DEL PARTICIPANTE: Familia Individual

Nombre del participante: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

2. ETNIA (seleccione only uno):

Hispano o Latino no hispano o latino

3. RAZA (seleccione solo una):

Blanco Americano Indian/nativo de Alaska y blanco
 Negro/Afroamericano Asiáticos y blancos
 Asiático Negro/Afroamericanos y Blancos
 Americano Indian/nativo de Alaska Americano Indian/nativo de Alaska y negro/afroamericano
 Nativo hawaiano/Otro Islander del Pacífico Otros multirraciales _____

4. INFORMACIÓN DEL HOGAR

- 1) Encierre en un círculo el número de miembros de la familia y no familiares que viven en su hogar a continuación.
- 2) Encierre en un círculo el nivel de ingresos correspondiente (ingreso familiar medio para el año fiscal 2018-19) Nota: No es necesario que esté en la misma fila que el número. del tamaño del hogar: debe ser preciso el hogar anual en el futuro.

Tamaño del hogar	0%-30%	31%-50%	51%- 80%	81% y mas
1	\$0- \$22,150	22,151-\$36,900	\$36,901-\$50,350	\$50,351+
2	\$0-\$25,300	\$25,301-\$42,200	\$42,201-\$57,550	\$57,551+
3	\$0-\$28,450	\$28,451-\$47,450	\$47,451-\$64,750	\$64,751+
4	\$0-\$31,600	\$31,601-\$52,700	\$52,701- \$71,900	\$71,901+
5	\$0-34,150	\$34,151-56,950	\$56,951-\$77,700	\$77,701+
6	\$0-\$36,700	\$36,701-\$61,150	\$61,151-\$83,450	\$83,451+
7	\$0-\$39,200	\$39,201-\$65,350	\$65,351-\$89,200	\$89,201+

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Participante/Tutor: _____ Fecha: _____