



Participe en la Encuesta Nacional sobre los Servicios para el Uso de Sustancias y la Salud Mental 2024

**POR FAVOR, REVISE LA INFORMACIÓN PARA EL/LOS CENTRO(S) DE TRATAMIENTO IMPRESA ARRIBA.
TACHE LOS ERRORES E INGRESE LA INFORMACIÓN CORRECTA O FALTANTE.**

MARQUE UNO

La información es completa y correcta; no se necesitan cambios.

Se ha corregido toda la información faltante o incorrecta.



POR FAVOR, LEA ESTA PÁGINA COMPLETA ANTES DE COMPLETAR EL CUESTIONARIO

¿PREFERIRÍA COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO EN LÍNEA?

Consulte el volante azul incluido en su paquete de la encuesta para obtener el sitio web y su nombre de usuario único y contraseña. Usted puede iniciar la sesión y salir del sitio web las veces que sea necesario para completar el cuestionario. Cuando vuelva a ingresar, el programa lo llevará a la siguiente pregunta no contestada. Si usted necesita más información, llame a la línea de ayuda de N-SUMHSS al 1-833-302-1759.

INSTRUCCIONES

- La mayoría de las preguntas de esta encuesta se refieren a “este centro”. Por “este centro” nos referimos al centro de tratamiento o programa específico cuyo nombre y ubicación están impresos en la portada. Si tiene alguna pregunta sobre cómo se aplica el término “este centro” a su centro, llame al 1-833-302-1759.
- Por favor, responda ÚNICAMENTE para el centro o programa específico cuyo nombre y ubicación están impresos en la portada, a menos que se especifique lo contrario en el cuestionario.
- Si el cuestionario no se ha completado en línea, devuélvalo en el sobre proporcionado. Por favor, guarde una copia para sus registros.
- Para obtener información adicional sobre esta encuesta y las definiciones de algunos de los términos utilizados, visite nuestro sitio web en <https://info.nsumhss.samhsa.gov>.

Si tiene alguna pregunta o necesita encuestas en blanco adicionales, comuníquese con:

ICF

1-833-302-1759

ICFsupport@nsumhss.org

INFORMACIÓN IMPORTANTE

PREGUNTAS CON ASTERISCO. La información de las preguntas con asterisco (*) se puede publicar en [FindTreatment.gov](https://findtreatment.gov) (<https://findtreatment.gov>), en el *Directorio Nacional de Centros de Tratamiento para el Uso de Alcohol y Sustancias*, el *Directorio Nacional de Centros de Tratamiento de Salud Mental* de SAMHSA, y en otros listados de acceso público, a menos que usted indique lo contrario en la pregunta C8 en la página 26 de este cuestionario.

FUNCIÓN DE MAPAS FINDTREATMENT.GOV. Se necesita información completa y precisa del nombre y la dirección para [FindTreatment.gov](https://findtreatment.gov) para que pueda mapear correctamente la ubicación del centro.

ELEGIBILIDAD PARA DIRECTORIOS EN LÍNEA. Los centros que ofrecen tratamiento de salud mental y completan este cuestionario podrían ser elegibles para incluirse como centros de salud mental en [FindTreatment.gov](https://findtreatment.gov) y el *Directorio Nacional de Centros de Tratamiento de Salud Mental*. Para los centros de tratamiento para el uso de sustancias, solo aquellos designados como elegibles por la oficina estatal de abuso de sustancias y que completen este cuestionario se incluirán como centros de tratamiento para el uso de sustancias en [FindTreatment.gov](https://findtreatment.gov), y el *Directorio Nacional de Centros de Tratamiento para el Uso de Alcohol y Sustancias*. Su representante estatal de N-SUMHSS puede decirle si su centro es elegible para ser incluido en [FindTreatment.gov](https://findtreatment.gov), y en los directorios. Para obtener el nombre y el número de teléfono de su representante estatal, llame a la línea de ayuda de N-SUMHSS al 1-833-302-1759.

LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE LOS SERVICIOS PARA EL USO DE SUSTANCIAS Y LA SALUD MENTAL 2024

1. ¿Qué tipo de tratamiento ofrece **este centro, en esta ubicación**?

Principalmente servicios de tratamiento para el uso de sustancias → PASE A 2

Principalmente servicios de salud mental → PASE A 1a

Combinación de servicios de tratamiento de salud mental y para el uso de sustancias → PASE A 2

En esta ubicación no se ofrece tratamiento para el uso de sustancias ni de salud mental → PASE A E1

1a. ¿Proporciona también servicios de tratamiento para el uso de sustancias?

Por favor, seleccione "Sí" si este centro ofrece tratamiento para el uso de sustancias como un servicio independiente.

Por favor, seleccione "No" si solo ofrece tratamiento de uso de sustancias como parte de los servicios de tratamiento de salud mental para pacientes individuales que lo necesitan.

Sí

No → PASE A B1

2. ¿Es **este centro de tratamiento** una cárcel, prisión o centro de detención que provee tratamiento **exclusivamente** a personas encarceladas o a menores detenidos?

Sí → PASE A E1

No

MÓDULO A: CENTROS DE TRATAMIENTO PARA EL USO DE SUSTANCIAS

*A1. ¿Cuáles de los siguientes servicios de tratamiento para el uso de sustancias ofrece **este centro, en esta ubicación**, es decir, la que figura en la portada?

MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA

SÍ NO

Ingreso, evaluación o referido

Desintoxicación (*abstinencia médica*)

Tratamiento del trastorno del uso de sustancias

(servicios que se centran en iniciar y mantener la recuperación de una persona del uso de sustancias y en evitar una recaída)

Tratamiento para uso de sustancias concurrente, **además de** enfermedades mentales graves (SMI, por sus siglas en inglés) en adultos **y/o** de trastornos emocionales graves (SED, por sus siglas en inglés) en niños

Cualquier otro servicio de tratamiento para el uso de sustancias (*como facilitación para reuniones de 12 pasos, prescripciones de naloxona, etc.*)

A1a. ¿A cuáles de los siguientes clientes de **este centro, en esta ubicación**, se les ofrece servicios de tratamiento de salud mental (intervenciones como terapia o medicamentos psicotrópicos que tratan el problema o la condición de salud mental de una persona, reducen síntomas y mejoran el funcionamiento y los resultados del comportamiento)?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

Clientes de tratamiento para el uso de sustancias

Otros clientes por causas ajenas al tratamiento para el uso de sustancias

En este centro no se ofrecen servicios de tratamiento de salud mental a ningún cliente

*A2. **Este centro** ofrece servicios de desintoxicación (abstinencia médica) a clientes por uso de:

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

Alcohol

Benzodicepinas

Cocaína

Metanfetaminas

Opioides

Otro (especifique: _____)

*A2a. ¿Utiliza **este centro** medicamentos de forma **rutinaria** durante la desintoxicación (abstinencia médica)?

Sí

No

A3. ¿Es **este centro** un consultorio individual, es decir, un consultorio con un profesional o consejero independiente?

Sí

No

*A4. ¿**Este centro** ofrece **servicios hospitalizados** de tratamiento de uso de sustancias **en esta ubicación**, es decir, la ubicación indicada en la portada?

Sí → PASE A **A4a**

No → PASE A **A5**

*A4a. ¿Cuáles de los siguientes servicios para **pacientes hospitalizados** se ofrecen **en este centro**?

MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA

SÍ NO

Desintoxicación de paciente hospitalizado (*abstinencia médica*) (*desintoxicación gestionada o supervisada médicamente para paciente hospitalizado*)

Tratamiento de paciente hospitalizado (*tratamiento intensivo gestionado o supervisado médicamente para paciente hospitalizado*)

*A5. ¿**Este centro** ofrece servicios **residenciales** (no hospitalarios) de tratamiento del uso de sustancias **en esta ubicación**, es decir, la ubicación indicada en la portada?

Sí → PASE A **A5a**

No → PASE A **A6**

*A5a. ¿Cuáles de los siguientes servicios **residenciales** se ofrecen **en este centro de tratamiento?**

MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA

SÍ NO

Desintoxicación residencial (*abstinencia médica*) (*desintoxicación residencial gestionada clínicamente o desintoxicación social*)

Tratamiento residencial de corta duración (*tratamiento residencial de alta intensidad gestionado clínicamente, normalmente de 30 días o menos*)

Tratamiento residencial de larga duración (*tratamiento residencial de media o baja intensidad gestionado clínicamente*)

*A6. ¿**Este centro** ofrece servicios de tratamiento **ambulatorio** del uso de sustancias para pacientes, **en esta ubicación**, es decir, la ubicación indicada en la portada?

Sí → PASE A **A6a**

No → PASE A **A7**

*A6a. ¿Cuáles de los siguientes servicios **ambulatorios** se ofrecen **en este centro de tratamiento, en esta ubicación?**

MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA

SÍ NO

Desintoxicación ambulatoria

Mantenimiento con metadona/buprenorfina o tratamiento con naltrexona para clientes ambulatorios

Tratamiento diurno de paciente ambulatorio u hospitalización parcial (*20 horas o más a la semana*)

Tratamiento ambulatorio intensivo (*9 o más horas por semana*)

Tratamiento ambulatorio regular (*no intensivo*)

*A7. ¿Cuáles de los siguientes servicios son ofrecidos por **este centro de tratamiento en esta ubicación**, es decir, la ubicación indicada en la portada?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

SERVICIOS DE EVALUACIÓN Y PRETRATAMIENTO

Detección de uso de sustancias

Detección de trastornos de salud mental

Evaluación o diagnóstico integral del uso de sustancias

Evaluación integral o diagnóstico de salud mental (*por ejemplo, evaluación y prueba psicológica o psiquiátrica*)

Historial clínico completo y examen físico realizado por un profesional de la salud

Detección de uso de tabaco

Alcance a las personas de la comunidad que pueden necesitar tratamiento

Servicios provisionales para clientes cuando la admisión inmediata no es posible

Intervencionista profesional/consultor educativo

Ninguno de los servicios de evaluación y pretratamiento antes mencionados se ofrece en este centro

***A7. (Continuado)**

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

PRUEBAS *(incluya pruebas realizadas en esta ubicación, incluso si las muestras se envían a una fuente externa para el análisis químico)*

Detección de drogas y alcohol en el fluido oral

Alcoholímetro u otra prueba de alcohol en la sangre

Detección de drogas o alcohol en la orina

Detección de hepatitis B *(HBV, por sus siglas en inglés)*

Detección de hepatitis C *(HCV, por sus siglas en inglés)*

Prueba de VIH

Prueba de ETS *(Enfermedades de Transmisión Sexual)*

Detección de Tuberculosis *(TB, por sus siglas en inglés)*

Pruebas de síndrome metabólico *(peso, perímetro abdominal, presión arterial, glucosa, Hgb A1C, colesterol, triglicéridos)*

Ninguno de los servicios de pruebas antes mencionados se ofrece en este centro

SERVICIOS MÉDICOS

Vacuna contra la hepatitis A *(HAV, por sus siglas en inglés)*

Vacuna contra la hepatitis B *(HBV, por sus siglas en inglés)*

Ninguno de los servicios médicos antes mencionados se ofrece en este centro

SERVICIOS TRANSICIONALES

Planificación del alta

Cuidados post-tratamiento/cuidado continuo

Naloxona y educación acerca de sobredosis

Seguimiento de resultados después del alta

Ninguno de los servicios transicionales antes mencionados se ofrece en este centro

SERVICIOS DE APOYO PARA LA RECUPERACIÓN

Tutoría/apoyo entre compañeros

Grupos de autoayuda *(por ejemplo, Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, SMART Recovery)*

Asistencia en localizar viviendas para clientes

Consejería de empleo o capacitación para clientes

Asistencia para obtener servicios sociales *(por ejemplo, Medicaid, WIC, SSI, SSDI)*

Asesor de recuperación

Ninguno de los servicios de apoyo para la recuperación antes mencionados se ofrece en este centro

***A7. (Continuado)**

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

SERVICIOS DE EDUCACIÓN Y CONSEJERÍA

Educación, consejería o apoyo sobre VIH o SIDA

Educación, consejería o apoyo sobre hepatitis

Educación sobre salud aparte de VIH/SIDA o hepatitis

Educación sobre el trastorno de uso de sustancias

Consejería para dejar de fumar/usar tabaco

Consejería individual

Consejería en grupo

Consejería familiar

Consejería matrimonial/de pareja

Formación profesional o apoyo educativo *(por ejemplo, cursos de escuela secundaria, preparación para el GED o examen de equivalencia, etc.)*

Ninguno de los servicios de educación y consejería antes mencionados se ofrece en este centro

SERVICIOS AUXILIARES

Servicios de manejo de casos

Servicios integrados de atención primaria

Desarrollo de habilidades sociales

Cuidado infantil para hijos de clientes

Servicios de atención por violencia doméstica, incluyendo servicios para violencia familiar o de pareja, por abuso físico, sexual o emocional

Intervención temprana para VIH

Asistencia de transporte al tratamiento

Servicios de salud mental

Servicios de prevención del suicidio

Acupuntura

Camas residenciales para hijos de clientes

Ninguno de los servicios auxiliares antes mencionados se ofrece en este centro

***A7. (Continuado)**

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

OTROS SERVICIOS

Tratamiento para adicción a los juegos de azar

Tratamiento para otro trastorno de adicción (*trastorno no relacionado con el uso de sustancias*)

Ninguno de los otros servicios antes mencionados se ofrece en este centro

FARMACOTERAPIAS

Disulfiram

Naltrexona (*oral*)

Naltrexona (*de liberación prolongada, inyectable*)

Acamprosato

Reemplazo de nicotina

Medicamentos para cesar el uso de tabaco sin nicotina (*por ejemplo, bupropion, vareniclina*)

Medicamentos para trastornos mentales

Metadona

Buprenorfina/naloxona

Buprenorfina sin naloxona

Implante subdérmico de buprenorfina

Buprenorfina (*de liberación prolongada, inyectable*)

Medicamentos para el tratamiento de VIH (*por ejemplo, medicamentos antirretrovirales como tenofovir, efavirenz, emtricitabina, atazanavir y lamivudina*)

Medicamentos para la profilaxis previa a la exposición (*PrEP: por ejemplo, combinación de emtricitabina y tenofovir disoproxil fumarato, y combinación de emtricitabina y tenofovir alafenamida*)

Medicamentos para el tratamiento de hepatitis C (*HCV, por sus siglas en inglés*) (*por ejemplo, sofosbuvir, ledipasvir, interferón, peginterferón, ribavirina*)

Lofexidina

Clonidina

Medicamentos para otras condiciones médicas (*especifique: _____*)

Ninguno de los servicios de farmacoterapia antes mencionados se ofrece en este centro

*A8. Los centros de tratamiento pueden tratar una variedad de trastornos del uso de sustancias. La próxima serie de preguntas se centra **solamente** en cómo **este centro de tratamiento** trata el trastorno del uso de **opioides**.

¿Cómo trata **este centro de tratamiento** el **trastorno por uso de opioides**?

- **El tratamiento asistido por medicamentos** (*MAT, por sus siglas en inglés*) incluye el uso de metadona, productos de buprenorfina y/o naltrexona para el tratamiento del trastorno por uso de opioides. Para esta pregunta, el tratamiento asistido con medicamentos se refiere a **cualquiera** de estos medicamentos **o a todos ellos**, a menos que se especifique de manera diferente.

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

Este centro de tratamiento acepta clientes que están usando MAT, pero las medicinas provienen de o son recetadas por otra entidad. (Los medicamentos pueden o no ser guardados/entregados/monitoreados en este lugar.) → PASE A **A8a**

Este centro de tratamiento receta naltrexona para el tratamiento del trastorno del uso de opioides. El uso de naltrexona se permite a través de cualquier personal médico que tiene autorización para recetar.

Este centro de tratamiento receta buprenorfina para el tratamiento del trastorno del uso de opioides. El uso de buprenorfina está permitido a través de un médico, médico asistente o enfermero calificado para ejercer la medicina que tengan autorización de DATA 2000.

Este centro es un Programa de Tratamiento de Opioides (*OTP, por sus siglas en inglés*) certificado por el Gobierno federal. (La mayoría de los OTP administran/dispensan metadona; algunos solo utilizan buprenorfina, otros proveen todos los tratamientos farmacológicos aprobados por la FDA para el trastorno por uso de opioides.)

Este centro de tratamiento trata el trastorno por uso de opioides, pero no usa el tratamiento asistido por medicamentos (*MAT, por sus siglas en inglés*), ni acepta clientes usando MAT, para tratar el trastorno del uso de opioides.

Este centro de tratamiento usa metadona o buprenorfina para manejar el dolor, casos de emergencia o por razones de estudio. NO es un Programa de Tratamiento de Opioides (*OTP, por sus siglas en inglés*) certificado a nivel federal.

Este centro de tratamiento no trata el trastorno del uso de opioides.

→ PASE A **A8b**

→ PASE A **A9**

*A8a. Para los clientes que están usando el tratamiento asistido por medicamentos **para trastorno del uso de opioides**, pero cuyos medicamentos provienen de o son recetados por otra entidad, los clientes reciben sus medicamentos de:

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

Una entidad que receta en nuestra red

Una entidad que receta con la cual nuestro centro de tratamiento tiene una relación comercial, contractual o de referencia formal

Una entidad que receta con la cual nuestro centro de tratamiento no tiene ninguna relación formal

*A8b. ¿Ofrece **este centro de tratamiento** servicios **solamente** a clientes con el trastorno del uso de opioides?

Sí

No

*A8c. ¿Cuáles de los siguientes servicios de medicamentos provee este programa para el **trastorno del uso de opioides**?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

Servicios de mantenimiento con metadona o buprenorfina

Servicios de mantenimiento de abstinencia (o *disminución*) bajo supervisión médica después de un período de estabilidad

Desintoxicación (*abstinencia médica*) de opioides de uso con metadona o buprenorfina

Desintoxicación (*abstinencia médica*) de opioides de uso con lofexidina o clonidina

Prevención de recaída con naltrexona

Otros (por ejemplo, reducción del riesgo de sobredosis con naloxona, especificar el servicio para el trastorno por uso de opioides y la farmacoterapia utilizada: _____)

En este centro no se ofrece ninguno de los servicios de medicamentos para el trastorno por uso de opioides antes mencionados

*A9. Los centros de tratamiento pueden tratar una variedad de trastornos del uso de sustancias. La próxima serie de preguntas se centra **solamente** en cómo **este centro de tratamiento** trata el trastorno del uso del **alcohol**.

¿Cómo aborda **este centro de tratamiento** el **trastorno del uso del alcohol**?

- *Estos medicamentos han sido aprobados por la FDA para tratar el trastorno por uso de alcohol: naltrexona, acamprosato y disulfiram. Para esta pregunta, MAT se refiere a **cualquiera** de estos tres medicamentos **o a todos ellos**.*

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

Este centro de tratamiento acepta clientes que están usando MAT para el trastorno del uso del alcohol, pero los medicamentos provienen de o son recetados por otra entidad

Este centro administra/prescribe disulfiram para el trastorno por uso del alcohol

Este centro administra/prescribe naltrexona para el trastorno por uso del alcohol

Este centro administra/prescribe acamprosato para el trastorno por uso del alcohol

Este centro de tratamiento trata el trastorno por uso del alcohol, pero no usa tratamiento asistido por medicamentos (*MAT, por sus siglas en inglés*) para el trastorno por uso del alcohol, ni acepta clientes que usen MAT para tratar el trastorno por uso del alcohol

Este centro de tratamiento no trata el trastorno por uso del alcohol → PASE A **A10**

→ PASE A **A9a**

*A9a. Para los clientes que están usando MAT **para el trastorno por uso del alcohol**, pero cuyos medicamentos provienen de o son recetados por otra entidad, los clientes reciben sus medicamentos de:

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

Una entidad que receta en nuestra red

Una entidad que receta con la cual nuestro centro de tratamiento tiene una relación de referencias comercial, contractual o formal

Una entidad que receta con la cual nuestro centro de tratamiento no tiene ninguna relación formal

*A9b. ¿Ofrece **este centro de tratamiento** servicios **solamente** a clientes con el trastorno del uso del alcohol?

Sí

No

*A10. ¿Cuáles de los enfoques clínicos/terapéuticos de los mencionados a continuación se usan frecuentemente **en este centro de tratamiento?**

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN PARA CADA ENFOQUE

ENFOQUES CLÍNICOS/TERAPÉUTICOS	TRASTORNO POR USO DE OPIOIDES	OTRAS SUSTANCIAS
Consejería sobre el trastorno del uso de sustancias		
Programa de 12 pasos		
Intervención breve		
Terapia cognitiva conductual		
Administración de contingencias/incentivos de motivación		
Entrevista motivacional		
Consejería relativa al trauma		
Control de la ira		
Modelo de Matriz		
Refuerzo de la comunidad más vales ("vouchers")		
Prevención de recaída		
Tratamiento remoto computarizado/telemedicina (incluyendo programas en Internet, Web, celulares y para computadora)		
Otro enfoque de tratamiento (especifique: _____)		
Ninguno de los enfoques clínicos/terapéuticos antes mencionados se ofrece en este centro		

*A11. ¿Ofrece **este centro de tratamiento, en este lugar**, un programa **diseñado especialmente** o un grupo dedicado **exclusivamente** a DUI/DWI u otros infractores por conducir en estado de embriaguez?

Sí → PASE A **A11a**

No → PASE A **A12**

*A11a. ¿Ofrece **este centro de tratamiento** servicios **solamente** a los clientes de DUI/DWI?

Sí

No

A12. **Este centro** ofrece servicios de tratamiento para:

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

Marihuana

Estimulantes

Otras sustancias (especifique: _____)

*A13. ¿Provee **este centro, en esta ubicación**, servicios de tratamiento para el uso de sustancias en **lenguaje de señas** para personas sordas o con problemas de audición (por ejemplo, lenguaje de señas americano, inglés con señas o habla asistida)?

- Marque "sí" ya sea que un consejero que es parte del personal o un intérprete de turno provee este servicio.

Sí

No

*A14. ¿Provee **este centro de tratamiento** servicios para el tratamiento del uso de sustancias en un idioma **diferente al inglés en este lugar**?

Sí → PASE A **A14a**

No → PASE A **A15**

A14a. **En este centro de tratamiento**, ¿quién provee servicios para el tratamiento del uso de sustancias en un idioma **distinto al inglés**?

MARQUE SOLO UNA

Consejero del personal que habla un idioma distinto al inglés → PASE A **A14a1**

Un intérprete de turno (en persona o por teléfono) que se llama cuando es necesario → PASE A **A15**

AMBOS, consejero del personal e intérprete de turno → PASE A **A14a1**

*A14a1. ¿Los **consejeros** que son parte del personal proveen tratamiento para el uso de sustancias en español **en este centro de tratamiento**?

Sí → PASE A **A14a2**

No → PASE A **A14b**

A14a2. ¿Los **consejeros** que son parte del personal **en este centro de tratamiento** proveen tratamiento para el uso de sustancias en algún otro idioma?

Sí → PASE A **A14b**

No → PASE A **A15**

*A14b. ¿En qué otros idiomas proveen los **consejeros** que son parte del personal tratamiento para el uso de sustancias **en este centro de tratamiento**?

- No incluya los idiomas solamente proporcionados por los intérpretes de turno.

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

INDÍGENA ESTADOUNIDENSE O NATIVOS DE ALASKA

Hopi

Ojibwa

Lakota

Yupik

Navajo

Otro idioma indígena estadounidense o nativo de Alaska (especifique: _____)

*A14b. (Continuado)

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

OTROS IDIOMAS

- | | |
|------------------------|------------|
| Árabe | Hmong |
| Cualquier idioma chino | Italiano |
| Criollo | Japonés |
| Farsi | Coreano |
| Francés | Polaco |
| Alemán | Portugués |
| Griego | Ruso |
| Hebreo | Tagalo |
| Hindi | Vietnamita |

Cualquier otro idioma (especifique: _____)

*A15. Las personas que buscan tratamiento para el uso de sustancias pueden variar según la edad, el sexo u otras características. ¿Qué categorías de personas enumeradas a continuación son atendidas por **este centro, en esta ubicación?**

- Indique solamente la edad máxima o la edad mínima que aceptaría el centro de tratamiento. No indique la edad máxima o mínima de personas **recibiendo servicios actualmente** en el centro de tratamiento.

TIPO DE CLIENTE	MARQUE "SÍ" O "NO" PARA CADA CATEGORÍA ATENDIDO POR ESTE CENTRO		SI RECIBE SERVICIOS, ¿CUÁL ES LA EDAD MÍNIMA?		SI RECIBE SERVICIOS, ¿CUÁL ES LA EDAD MÁXIMA?	
	SÍ	No	_____ AÑOS	Sin edad mínima	_____ AÑOS	Sin edad máxima
Mujer	Sí	No	_____ AÑOS	Sin edad mínima	_____ AÑOS	Sin edad máxima
Hombre	Sí	No	_____ AÑOS	Sin edad mínima	_____ AÑOS	Sin edad máxima

*A15a. Muchos centros de tratamiento tienen clientes en una o más de las siguientes categorías. ¿Para cuáles de las categorías de clientes de **este centro de tratamiento en esta ubicación** ofrece un programa para el tratamiento para el uso de sustancias o un grupo **diseñado específicamente** para los clientes de esa categoría?

- Si este centro de tratamiento trata a los clientes de alguna de estas categorías, pero no tiene un programa o grupo específicamente diseñado para ellos, **no** marque la casilla para dicha categoría.

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

Adolescentes

Adultos jóvenes

Mujeres adultas

Mujeres embarazadas/en período posparto

Hombres adultos

Ancianos o adultos de edad mayor

Clientes lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgéneros o “queer”/cuestionándose (LGBTQ, por sus siglas en inglés)

Veteranos

Militares activos

Miembros de familias militares

Clientes del sistema de justicia (Distinto de DUI/DWI)

Clientes con trastornos mentales y del uso de sustancias concurrentes

Clientes con trastornos de dolor y del uso de sustancias concurrentes

Clientes con VIH o SIDA

Clientes que han experimentado abuso sexual

Clientes que han experimentado violencia de la pareja íntima o violencia doméstica

Clientes que han sufrido un trauma

Programas específicamente diseñados o grupos para otros tipos de clientes

(especifique: _____)

No se ofrece ningún programa o grupo específicamente diseñado

*A16. ¿Recibe **este centro de tratamiento** alguna financiación o subvenciones del Gobierno federal, o estatal, del condado (municipio) o gobiernos locales, para apoyar sus programas de tratamiento para el uso de sustancias?

- **No** incluya Medicare, Medicaid o el seguro militar federal. Estas formas de pago de los clientes se incluyen en la siguiente pregunta (A17).

Sí

No

No sé

*A17. ¿Cuáles de los siguientes tipos de pagos de clientes o seguros son aceptados por **este centro de tratamiento** para el **tratamiento del uso de sustancias**?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

Gratis (*tratamiento gratis para TODOS los clientes*)

Efectivo o pago personal

Medicare

Medicaid

Plan de seguro médico financiado por el estado distinto de Medicaid

Seguro militar federal (*como TRICARE*)

Seguro médico privado

Financiamiento de SAMHSA/subvenciones en bloque

Fondos de IHS/Tribales/Urbanos (*ITU, por sus siglas en inglés*)

Otro (*especifique:* _____)

*A18. ¿Es **este centro de tratamiento** un hospital, o está ubicado en o manejado por un hospital?

Sí  PASE A **A18a**

No  PASE A **A19**

*A18a. ¿Qué tipo de hospital?

MARQUE SOLO UNA

Hospital general (*incluyendo hospital de Departamento de Asuntos de los Veteranos [VA, por sus siglas en inglés]*)

Hospital psiquiátrico

Otro hospital especializado (*por ejemplo, alcoholismo, maternidad, etc.*) (*especifique:* _____)

A19. ¿**Este centro** funciona como un centro de cuidados especializados de enfermería (*SNF, por sus siglas en inglés*) que presta servicios para el trastorno del uso de sustancias?

Sí

No

*A20. ¿**Este centro** opera una alojamiento temporal o casa de acogida o un centro de sobriedad para clientes de tratamiento para el uso sustancias en **esta ubicación**, es decir, la ubicación que figura en la portada de la encuesta impresa?

Sí

No

*A21. ¿Este centro o programa tiene licencia, certificación o acreditación para proveer servicios de tratamiento para el uso de sustancias por parte de alguna de las siguientes organizaciones?

- No incluya credenciales a nivel personal o licencias de negocios en general como una licencia de servicio de alimentos.

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

Agencia estatal de tratamiento para el uso de sustancias

Departamento de salud mental del estado

Departamento de salud del estado

Autoridad otorgante de licencias hospitalarias

Comisión Conjunta (“Joint Commission”)

Comisión de Acreditación de Centros de Tratamiento de Rehabilitación (CARF, por sus siglas en inglés)

Comité Nacional para Aseguramiento de Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés)

Consejo de Acreditación (COA, por sus siglas en inglés)

Programa de Acreditación de Centros de Tratamiento de Salud (HFAP, por sus siglas en inglés)

Certificación de SAMHSA para el programa de tratamiento de opioides (OTP, por sus siglas en inglés)

Administración Federal de Drogas (DEA, por sus siglas en inglés)

Otra organización nacional, o agencia federal, estatal o local (especifique: _____)

Este centro no tiene licencia, certificación o acreditación para proveer servicios de tratamiento para el uso de sustancias por ninguna de estas organizaciones

MÓDULO B: CENTROS DE TRATAMIENTO DE TRASTORNOS MENTALES

B1. Ofrece este centro de tratamiento, **en esta ubicación**:

MARQUE “SÍ” O “NO” EN CADA UNA
SÍ NO

Admisión de salud mental

Evaluación del diagnóstico de salud mental

Información y/o referencia de salud mental

(también incluye programas de emergencia que proveen servicios en persona o por teléfono)

Tratamiento de salud mental (intervenciones como terapia o medicamentos psicotrópicos que tratan el trastorno o la enfermedad mental de una persona, reducen síntomas y mejoran el funcionamiento y los resultados del comportamiento)

Tratamiento para trastornos concurrentes, **además de** enfermedades mentales graves (SMI, por sus siglas en inglés) en adultos **y/o** trastornos emocionales graves (SED, por sus siglas en inglés) en niños?

Tratamiento para el uso de sustancias

Servicios administrativos u operacionales para centros de tratamiento de salud mental

*B2. ¿En cuál de las siguientes configuraciones de servicios se provee el **tratamiento de salud mental en este centro de tratamiento, en esta ubicación?**

MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA

SÍ NO

Paciente hospitalizado 24 horas

Residencial 24 horas

Hospitalización parcial/tratamiento diurno

Servicio ambulatorio

*B3. ¿Qué categoría (**solamente una**) describe **mejor a este centro de tratamiento, en esta ubicación?**

- Las definiciones de tipos de centros se encuentran en: <https://info.nsumhss.samhsa.gov>

MARQUE SOLO UNA

Hospital psiquiátrico

Unidad de hospitalización psiquiátrica separada de un hospital general
(considere esta unidad psiquiátrica como el "centro de tratamiento" pertinente para los fines de esta encuesta)

Hospital estatal

Centro de tratamiento residencial para niños

Centro de tratamiento residencial para adultos

Otro tipo de centro de tratamiento residencial

Centro Médico del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VAMC, por sus siglas en inglés) u otro centro de tratamiento para el cuidado de la salud del Departamento de Asuntos de los Veteranos

Centro de Salud Mental Comunitario (CMHC, por sus siglas en inglés)

Clínica de Salud Conductual Comunitaria Certificada (CCBHC, por sus siglas en inglés)

Centro de tratamiento de hospitalización parcial/ tratamiento diurno

Centro de tratamiento de salud mental de servicio ambulatorio

Centro de tratamiento de salud mental de escenarios múltiples (residencial no hospitalario **más** servicio ambulatorio **y** hospitalización parcial/ tratamiento diurno)

Otro (especifique: _____)

→ PASE A B5

→ PASE A B4

B4. ¿Es **este centro de tratamiento** una práctica de un solo proveedor o un grupo pequeño?

Sí → PASE A B4a

No → PASE A B5

*B4a. ¿Está **este centro de tratamiento** autorizado o acreditado como clínica o centro de salud mental?

- No incluya las licencias o credenciales de médicos profesionales particulares.

Sí

No

B5. ¿Ofrece **este centro de tratamiento, en esta ubicación**, alguno de los siguientes servicios?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

Vida asistida o cuidado en hogar de ancianos

Hogares grupales

Servicios de casa comunitaria o “Clubhouse”

Refugios de emergencia (*como para personas sin hogar, víctimas de violencia doméstica, etc.*)

Atención a personas con una discapacidad del desarrollo (*es decir, limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual*)

En este centro no se ofrece ninguno de estos servicios

*B6. ¿Cuáles de estas **modalidades de tratamiento para los trastornos mentales** se ofrecen **en este centro, en esta ubicación**?

- Las definiciones de las modalidades de tratamiento se encuentran en: https://info.nsumhss.samhsa.gov/main_sp.htm

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

Psicoterapia individual

Terapia familiar/de pareja

Terapia grupal

Terapia cognitiva conductual

Terapia conductual dialéctica (*DBT, por sus siglas en Inglés*)

Terapia de remediación cognitiva

Tratamiento integrado de los trastornos mentales y del uso de sustancias

Terapia basada en actividades (*por ejemplo, terapia del arte*)

Terapia electroconvulsiva

Estimulación magnética transcraneal (*TMS, por sus siglas en inglés*)

Terapia de infusiones de ketamina (*KIT, por sus siglas en inglés*)

Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (*EMDR, por sus siglas en inglés*)

Telemedicina/tratamiento remoto computarizado (*incluyendo programas en Internet, Web, celulares y para computadora*)

Prueba de la escala de movimientos involuntarios anormales (*AIMS, por sus siglas en inglés*)

Otra(s) (*especifique: _____*)

En este centro no se ofrece ninguna de estas modalidades de tratamiento de salud mental

*B7. ¿Ofrece **este centro** el uso de antipsicóticos para el tratamiento de enfermedades mentales graves (*SMI, por sus siglas en inglés*)?

Sí  PASE A **B7a**

No  PASE A **B8**

*B7a. ¿Cuáles de los siguientes antipsicóticos se usan para SMI **en este centro de tratamiento, en esta ubicación?**

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN PARA CADA MEDICAMENTO

ANTIPSIKÓTICO DE PRIMERA GENERACIÓN	NO SE USA EN ESTE CENTRO DE TRATAMIENTO	ORAL	INYECTABLE	INYECTABLE DE ACCIÓN PROLONGADA	RECTAL	TÓPICO	INHALACIÓN	NO SÉ
Clorpromazina								
Droperidol								
Flufenazina								
Haloperidol								
Loxapina								
Perfenazina								
Pimozida								
Proclorperazina								
Tiotixeno								
Tioridazina								
Trifluoperazina								

Otro antipsicótico de primera generación

(especifique: _____)								
(especifique: _____)								
(especifique: _____)								

ANTIPSIKÓTICO DE SEGUNDA GENERACIÓN	NO SE USA EN ESTE CENTRO DE TRATAMIENTO	ORAL/ SUBLINGUAL	INYECTABLE	INYECTABLE DE ACCIÓN PROLONGADA	RECTAL	TÓPICO	TRANSDÉRMICO	NO SÉ
Aripiprazol								
Asenapina								
Brexpiprazol								
Cariprazina								
Clozapina								
Iloperidona								
Lurasidona								
Olanzapina								
Combinación de olanzapina y fluoxetina								
Paliperidona								
Quetiapina								
Risperidona								
Ziprasidona								

Otro antipsicótico de segunda generación

(especifique: _____)								
(especifique: _____)								
(especifique: _____)								

***B8. ¿Cuáles de estos servicios y prácticas se ofrecen en este centro de tratamiento, en esta ubicación?**

- Las definiciones se encuentran en: https://info.nsumhss.samhsa.gov/main_sp.htm

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

- Tratamiento asertivo comunitario (ACT, por sus siglas en inglés)
- Manejo intensivo de casos (ICM, por sus siglas en inglés)
- Manejo de casos (CM, por sus siglas en inglés)
- Tratamiento ambulatorio ordenado por la corte
- Tratamiento ambulatorio asistido (AOT, por sus siglas en inglés)
- Manejo de enfermedades crónicas (CDM, por sus siglas en inglés)
- Manejo y recuperación de enfermedades (IMR, por sus siglas en inglés)
- Servicios integrados de atención primaria
- Consejería para dieta y ejercicios
- Psicoeducación familiar
- Servicios educativos
- Servicios de vivienda
- Vivienda de apoyo
- Servicios de rehabilitación psicosocial
- Servicios de rehabilitación vocacional
- Empleo con apoyo
- Cuidado terapéutico en hogares de acogida
- Defensa legal
- Servicios ambulatorios psiquiátricos de emergencia
- Servicios de prevención del suicidio
- Servicios de apoyo entre compañeros
- Detección de hepatitis B (HBV, por sus siglas en inglés)
- Detección de hepatitis C (HCV, por sus siglas en inglés)
- Pruebas de laboratorio (por ejemplo, conteo de glóbulos blancos [WBC, por sus siglas en inglés] para el tratamiento con clozapina, niveles de litio, niveles de carbamazepina, niveles de valproato)
- Monitoreo del síndrome metabólico (peso, perímetro abdominal, presión arterial, glucosa, Hgb A1C, colesterol, triglicéridos)
- Prueba de VIH
- Prueba de ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual)

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE COLUMNA

- Detección de Tuberculosis (TB, por sus siglas en inglés)
- Detección del uso de tabaco
- Consejería para dejar de fumar/usar tabaco/fumar cigarrillos electrónicos
- Terapia de reemplazo de nicotina
- Medicamentos para dejar de fumar/usar tabaco sin nicotina (por receta médica)
- Otra(s) (especifique: _____)
- No se ofrece ninguno de estos servicios ni prácticas

B9. ¿Cuáles de los siguientes servicios se ofrecen a clientes con trastornos de salud mental y del uso de sustancias concurrentes en este centro?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

- Desintoxicación (abstinencia médica)
- Tratamiento asistido por medicamentos para el trastorno por uso del alcohol (por ejemplo, disulfiram, camprosato)
- Tratamiento asistido por medicamentos para el trastorno del uso de opioides (por ejemplo, buprenorfina, metadona, naltrexona)
- Consejería individual
- Consejería en grupo
- Grupos de 12 pasos
- Manejo de casos
- Otro (especifique _____)
- No se ofrece ninguno de estos servicios

***B10. ¿Qué grupos de edades son aceptados para tratamiento en este centro de tratamiento?**

- Si alguna de las edades que acepta está dentro de una categoría a continuación, marque "SÍ" para esa categoría.

MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA

SÍ NO

- Niños pequeños (0-5) _____
- Niños (6-12) _____
- Adolescentes (13-17) _____
- Adultos jóvenes (18-25) _____
- Adultos (26-64) _____
- Ancianos (65 o mayores) _____

*B11. ¿Ofrece **este centro de tratamiento** un programa o grupo de tratamiento de salud mental **dedicado o diseñado exclusivamente** para clientes en alguna de las siguientes categorías?

- Si **este centro de tratamiento** trata a clientes en alguna de estas categorías, pero **no** ofrece un programa o grupo específicamente diseñado para ellos, **no marque** la casilla para esa categoría.

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

Niños/adolescentes con trastornos emocionales graves (*SED, por sus siglas en inglés*)

Adultos jóvenes

Clientes de 18 años y mayores con enfermedades mentales graves (*SMI, por sus siglas en inglés*)

Ancianos o adultos de tercera edad

Clientes con enfermedad de Alzheimer o demencia

Clientes con trastornos mentales y por el uso de sustancias concurrentes

Clientes con trastornos alimentarios

Clientes experimentando un primer episodio de psicosis

Clientes que han experimentado violencia de la pareja íntima, violencia doméstica

Clientes con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (*PTSD, por sus siglas en inglés*)

Clientes que han experimentado trauma (*sin incluir clientes con diagnóstico de PTSD*)

Clientes con lesión cerebral traumática (*TBI, por sus siglas en inglés*)

Veteranos

Militares en servicio activo

Miembros de familias militares

Clientes lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgéneros o “*queer*”/cuestionándose (*LGBTQ, por sus siglas en inglés*)

Clientes referidos por forense (*referidos por la corte/el sistema judicial*)

Clientes con VIH o SIDA

Otro programa o grupo especial (*especifique: _____*)

En este centro no se ofrece ningún programa o grupo dedicado o diseñado exclusivamente para un tipo de clientes

*B12. ¿Ofrece **este centro de tratamiento** un equipo de intervención en crisis que maneja problemas graves de salud mental **en este centro de tratamiento** y/o fuera del sitio?

Sí

No

*B13. ¿Ofrece **este centro de tratamiento** servicios para emergencias psiquiátricas en el sitio?

Sí

No

*B14. ¿Ofrece **este centro de tratamiento** servicios de crisis psiquiátrica móviles/fuera del sitio?

Sí

No

*B15. ¿Provee **este centro de tratamiento, en este lugar**, servicios de tratamiento de salud mental en **lenguaje de señas** para las personas sordas o con problemas auditivos (por ejemplo, lenguaje de señas americano, inglés en señas o palabra complementada)?

- Marque “*sí*” si un proveedor del personal o un intérprete de turno provee este servicio.

Sí

No

*B16. ¿Provee **este centro de tratamiento** servicios de tratamiento de salud mental en un idioma **distinto al inglés en esta ubicación**?

Sí → PASE A B16a

No → PASE A B17

B16a. **En este centro**, ¿quién provee servicios de tratamiento mental en un idioma **además del inglés**?

MARQUE SOLO UNA

Proveedor del personal que habla un idioma además del inglés → PASE A B16a1

Un intérprete de turno (*en persona o por teléfono*) procurado cuando es necesario → PASE A B17

AMBOS, el proveedor del personal y el intérprete de turno → PASE A B16a1

*B16a1. ¿Provee el **personal** tratamientos de salud mental en español **en este centro**?

Sí

No

B16a2. ¿Provee el **personal de este centro** servicios de tratamiento de salud mental en algún otro idioma?

Sí → PASE A B16b

No → PASE A B17

*B16b. ¿En qué otros idiomas proveen el **personal** tratamiento de salud mental **en este centro**?

- No incluya los idiomas proporcionados solamente por los intérpretes de turno.

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

INDÍGENA ESTADOUNIDENSE O NATIVOS DE ALASKA

Hopi

Ojibwa

Lakota

Yupik

Navajo

Otro idioma indígena estadounidense o nativo de Alaska (*especifique: _____*)

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

OTROS IDIOMAS

Árabe

Hmong

Cualquier idioma chino

Italiano

Criollo

Japonés

Farsi

Coreano

Francés

Polaco

Alemán

Portugués

Griego

Ruso

Hebreo

Tagalo

Hindi

Vietnamita

Cualquier otro idioma (*especifique: _____*)

B17. ¿Cuáles de estas prácticas de mejora de la calidad forman parte de los **procedimientos operacionales estándar de este centro**?

MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA
SÍ NO

Requisitos de educación continua para el personal profesional

Revisión periódica de los casos con un supervisor

Revisión periódica de los casos por parte de un comité de revisión de la calidad designado

Seguimiento de los resultados de los clientes después de que se les da de alta

Procesos continuos de mejora de la calidad

Encuestas periódicas de satisfacción de los clientes

Revisión entre pares de proveedores clínicos (CPPR, por sus siglas en inglés)

Análisis de causa raíz (RCA, por sus siglas en inglés)

B18. En el período de 12 meses que comienza el 1 de abril de 2023 y termina el 29 de marzo de 2024, el personal **de este centro** ha utilizado:

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

	NO SE HA UTILIZADO EN ESTE CENTRO	QUÍMICA	FÍSICA
Reclusión			
Restricción			

B18a. ¿Tiene **este centro** algunas políticas para minimizar el uso de reclusión o restricción?

Sí

No

*B19. ¿Cuáles de los siguientes tipos de pagos de clientes, seguro o financiamiento son aceptados por **este centro de tratamiento** para los servicios de tratamiento de salud mental?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

Efectivo o pago personal

Seguro médico privado

Medicare

Medicaid

Plan de seguro médico financiado por el estado distinto de Medicaid

Fondos de agencia estatal de salud mental (o equivalente)

Fondos de asistencia social estatal o de agencia estatal para servicios de familia y de niños

Fondos de agencias correccionales estatales o de justicia juvenil

Fondos de agencias educativas estatales

Otros fondos del gobierno estatal

Fondos del gobierno municipal o local

Subvención Global para los Servicios Comunitarios (CSBG, por sus siglas en inglés)

Subvención Global de Servicios para la Salud Mental (MHBG, por sus siglas en inglés)

Otras subvenciones federales (especifique: _____)

Seguro militar federal (como TRICARE)

Fondos del Departamento de Asuntos de los Veteranos de los EE.UU.

Fondos de IHS/Tribales/Urbanos (ITU, por sus siglas en inglés)

Fundación privada o comunitaria

Otro (especifique: _____)

B20. ¿Por cuáles de las siguientes agencias u organizaciones está autorizado, certificado o acreditado **este centro de tratamiento**?

- No incluya credenciales a nivel personal o licencias de negocios en general como una licencia de servicio de alimentos.

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

Autoridad estatal de salud mental

Agencia estatal de tratamiento para el uso de sustancias

Departamento estatal de salud

Departamento estatal o local de Servicios de Familia y de Niños

Autoridad de licencia hospitalaria

Comisión Conjunta (“Joint Commission”)

Comisión de acreditación de centros de rehabilitación (CARF, por sus siglas en inglés)

Consejo de Acreditación (COA, por sus siglas en inglés)

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés)

Otra organización nacional, o agencia federal, estatal o local (especifique: _____)

Este centro no tiene licencia, certificación o acreditación de ninguna de estas organizaciones

MÓDULO C: PARA TODOS LOS CENTROS DE TRATAMIENTO

*C1. ¿Es **este centro de tratamiento** un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC, por sus siglas en inglés)?

- Los FQHCs incluyen: (1) todas las organizaciones que reciben subvenciones según la Sección 330 de la Ley de Servicio de Salud Pública; y (2) otras organizaciones que no reciben subvenciones, pero que han cumplido con los requisitos para recibir subvenciones según la Sección 330 conforme con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- Para una definición completa de una FQHC, refiérase a: <https://info.nsumhss.samhsa.gov>

Sí

No

No sé

*C2. **Este centro de tratamiento** está operado por:

MARQUE SOLO UNA

Una organización privada con fines de lucro

Una organización privada sin fines de lucro

Gobierno estatal

Gobierno local, municipal o comunitario

Gobierno tribal

Gobierno federal → PASE A C2a

→ PASE A C3

*C2a. ¿Cuál agencia del Gobierno federal?

MARQUE SOLO UNA

Departamento de Asuntos de los Veteranos

Servicio de Salud Indígena

Departamento de Defensa

Otro (especifique: _____)

C3. ¿Está **este centro de tratamiento** afiliado a alguna organización religiosa (o basada en la fe)?

Sí

No

*C4. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe **mejor** la **política de fumar** para los **clientes** en **este centro de tratamiento**?

MARQUE SOLO UNA

No se permite fumar en ningún lugar fuera o dentro de cualquier edificio

Permitido en área(s) **interior(es) designada(s)**

Permitido en zona(s) **designada(s) al aire libre**

Permitido en **cualquier lugar adentro**

Permitido en **cualquier lugar afuera**

Permitido en **cualquier lugar sin restricciones**

*C5. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la que **mejor** describe la **política de uso de vaporizadores electrónicos de este centro** para los **clientes**?

MARQUE SOLO UNA

No se permite usar vaporizadores electrónicos en ningún lugar fuera o dentro de cualquier edificio

Permitido en área(s) **interior(es) designada(s)**

Permitido en zona(s) **designada(s) al aire libre**

Permitido en **cualquier lugar adentro**

Permitido en **cualquier lugar afuera**

Permitido en **cualquier lugar sin restricciones**

*C6. ¿Utiliza **este centro de tratamiento** una escala variable de pago?

- Las escalas variables de pago están basadas en ingresos y otros factores.

Sí → PASE A **C6a**

No → PASE A **C7**

C6a. ¿Desea que se publique la disponibilidad de una escala variable de pago en [FindTreatment.gov](https://www.findtreatment.gov), el *Directorio Nacional de Centros de Tratamiento de Salud Mental*, y el *Directorio Nacional de Centros de Tratamiento para el Uso de Alcohol y Sustancias*?

- [FindTreatment.gov](https://www.findtreatment.gov), el *Directorio Nacional de Centros de Tratamiento de Salud Mental*, y el *Directorio Nacional de Centros de Tratamiento para el Uso de Alcohol y Sustancias* explicarán que los clientes potenciales deben llamar al centro para obtener información sobre su elegibilidad.

Sí

No

*C7. ¿Ofrece **este centro de tratamiento** cuidado sin costo o con pago mínimo (por ejemplo, \$1) para los clientes que no pueden pagar?

Sí → PASE A **C7a**

No → PASE A **C8**

C7a. ¿Desea que se publique en FindTreatment.gov, el *Directorio Nacional de Centros de Tratamiento de Salud Mental*, y el *Directorio Nacional de Centros de Tratamiento para el Uso de Alcohol y Sustancias* la disponibilidad de tratamiento sin cargo o con un pago mínimo (por ejemplo, \$1) para los clientes elegibles?

- FindTreatment.gov, el *Directorio Nacional de Centros de Tratamiento de Salud Mental*, y el *Directorio Nacional de Centros de Tratamiento para el Uso de Alcohol y Sustancias* explicarán que los clientes potenciales deben llamar al centro para obtener información sobre su elegibilidad.

Sí

No

C8. Si es elegible, ¿desea **este centro** ser incluido en FindTreatment.gov, el *Directorio Nacional de Centros de Tratamiento de Salud Mental*, y el *Directorio Nacional de Centros de Tratamiento para el Uso de Alcohol y Sustancias* (<https://www.samhsa.gov/data>)? (Consulte en el interior de la portada la información sobre la elegibilidad)

Sí → PASE A **C8a**

No → PASE A **C9**

C8a. ¿Desea **este centro** que la dirección física o la dirección postal se publiquen en FindTreatment.gov, el *Directorio Nacional de Centros de Tratamiento de Salud Mental*, y el *Directorio Nacional de Centros de Tratamiento para el Uso de Alcohol y Sustancias*?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

Publique la dirección **física**

No publique ninguna dirección

Publique la dirección **postal**

C8b. Para aumentar el conocimiento público de servicios de salud conductual, puede que SAMHSA comparta información de contacto de los centros de tratamiento con buscadores de Internet de gran disponibilidad comercial (como Google, Bing, Yahoo!, etc.), empresas (como cualquier .com, .org, .edu, etc.) o personas que solicitan esta información para cualquier propósito. ¿Quiere que la información de su centro de tratamiento sea compartida?

- La información a ser compartida sería: nombre y dirección del centro de tratamiento, número de teléfono, dirección de sitio de Internet y todos los ítems **con asterisco** en el cuestionario.

Sí

No

C9. ¿Forma **este centro** parte de una organización con múltiples centros o sitios que ofrecen tratamiento para el uso de sustancias o trastornos mentales?

Sí

No

C10. ¿Cuál es el nombre, la dirección y el número de teléfono del centro que es la matriz, o la sede principal (HQ, por sus siglas en inglés), de la organización?

Nombre: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

MÓDULO D: SECCIÓN DE CONTEO DE CLIENTES

D1. Aunque es preferible que reporte solo los clientes/pacientes tratados **en este centro de tratamiento**, entendemos que esto no siempre es posible. ¿Incluirán los conteos de clientes/pacientes reportados en este cuestionario:

MARQUE SOLO UNA

Solo este centro → PASE A **D4**

El centro y otros más → PASE A **D2**

Otro centro reportará el conteo de clientes de este centro → PASE A **EHR1** (no hay conteo de clientes que reportar)

D2. ¿Cuántos centros de tratamiento serán incluidos en el conteo de clientes/pacientes reportado?

ESTE CENTRO DE TRATAMIENTO	1
+ CENTROS DE TRATAMIENTO ADICIONALES	
TOTAL DE CENTROS DE TRATAMIENTO[†]	

[†]Para esta sección, por favor, incluya a todos estos centros en el conteo de clientes que reportará en las siguientes preguntas.

D3. Para evitar contar clientes dos veces, necesitamos saber cuáles centros de tratamiento son incluidos en sus conteos. ¿Cómo nos reportará esta información?

MARQUE SOLO UNA

Enumerando los nombres y direcciones de estos centros de tratamiento adicionales en la sección “Centros de Tratamiento Adicionales Incluidos en Conteos de Clientes” o adjuntando una hoja de papel a este cuestionario

Por favor, llámeme para una lista de los centros de tratamiento adicionales incluidos en estos conteos

Si su centro no ofrece tratamiento para el uso de sustancias como se indica en Pregunta 1a → PASE A **D10**

CONTEO DE CLIENTES DE TRATAMIENTO POR USO DE SUSTANCIAS

CONTEO DE CLIENTES HOSPITALIZADOS

D4. El 29 de marzo de 2024, ¿recibió algún paciente servicios **hospitalizados** de **tratamiento del trastorno del uso de sustancias en este centro**?

Sí → PASE A **D4a**

No → PASE A **D5**

D4a. El 29 de marzo de 2024, ¿cuántos pacientes recibieron los siguientes servicios **hospitalizados** de tratamiento del trastorno del uso de sustancias **en este centro**?

- **Cuente un paciente en un solo servicio**, aun si el paciente recibió ambos servicios.
- **No cuente familiares, amigos, u otros pacientes sin tratamiento.**

ESCRIBA UN NÚMERO PARA CADA UNO (SI NO HAY NINGUNO, ESCRIBA "0")

Desintoxicación de paciente hospitalizado <i>(abstinencia médica)</i> <i>(desintoxicación gestionada o supervisada médicamente de paciente hospitalizado)</i>	
Tratamiento de paciente hospitalizado <i>(tratamiento intensivo gestionado o supervisado médicamente de paciente hospitalizado)</i>	
TOTAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	

D4b. ¿Cuántos **pacientes hospitalizados del total** tenían **menos** de 18 años?

ESCRIBA UN NÚMERO PARA CADA UNO (SI NO HAY NINGUNO, ESCRIBA "0")

Número de pacientes con menos de 18 años

D4c. ¿Cuántos **pacientes hospitalizados del total** recibieron:

- *Incluya a los pacientes que recibieron estos medicamentos para desintoxicación (abstinencia médica), el mantenimiento o el tratamiento de prevención de recaídas del **trastorno del uso de opioides**.*

ESCRIBA UN NÚMERO PARA CADA UNO (SI NO HAY NINGUNO, ESCRIBA "0")

Metadona dispensada en este centro para el tratamiento de trastorno del uso de opioides	
Productos de buprenorfina dispensados o recetados en este centro para el trastorno del uso de opioides	
Naltrexona administrada en este centro de tratamiento para trastorno del uso de opioides	

D4d. ¿Cuántos **pacientes hospitalizados del total** recibieron:

- *Incluya pacientes que recibieron estos medicamentos para el **trastorno del uso del alcohol**.*

ESCRIBA UN NÚMERO PARA CADA UNO (SI NO HAY NINGUNO, ESCRIBA "0")

Disulfiram dispensado o recetado en este centro para el trastorno del uso del alcohol	
Naltrexona dispensada o recetada en este centro para el trastorno del uso del alcohol	
Acamprosato dispensado o recetado en este centro para el trastorno del uso del alcohol	

D4e. El 29 de marzo de 2024, ¿cuántas **camas** de pacientes hospitalizados fueron **designadas específicamente** para el tratamiento del trastorno del uso de sustancias?

ESCRIBA UN NÚMERO PARA CADA UNA (SI NO HAY NINGUNO, ESCRIBA "0")

Número de camas

CONTEO DE CLIENTES RESIDENCIALES (NO HOSPITALES)

D5. El 29 de marzo de 2024, ¿recibió algún cliente servicios **residenciales** (no hospitales) de **tratamiento del trastorno del uso de sustancias en este centro**?

Sí  PASE A **D5a**

No  PASE A **D6**

D5a. El 29 de marzo de 2024, ¿cuántos clientes recibieron los siguientes servicios **residenciales** de tratamiento del trastorno del uso de sustancias **en este centro**?

- **Cuente** a un cliente en **un solo servicio**, incluso si el cliente recibió múltiples servicios.
- **No cuente** a los miembros de la familia, amigos u otros clientes que no reciben tratamiento.

ESCRIBA UN NÚMERO PARA CADA UNO (SI NO HAY NINGUNO, ESCRIBA “0”)

Desintoxicación residencial

(abstinencia médica)

(desintoxicación residencial gestionada clínicamente o desintoxicación social)

Tratamiento residencial de corta duración

(tratamiento residencial de alta intensidad gestionado clínicamente, normalmente de 30 días o menos)

Tratamiento residencial de larga duración

(tratamiento residencial de media o baja intensidad gestionado clínicamente, normalmente de más de 30 días)

TOTAL DE PACIENTES RESIDENCIALES

D5b. ¿Cuántos de los pacientes del **total de pacientes residenciales** tenían **menos** de 18 años?

ESCRIBA UN NÚMERO PARA CADA UNO (SI NO HAY NINGUNO, ESCRIBA “0”)

Número de pacientes con menos de 18 años

D5c. ¿Cuántos **pacientes residenciales del total** recibieron:

- *Incluya a los clientes que recibieron estos medicamentos para desintoxicación, mantenimiento o prevención de recaídas del **trastorno del uso de opioides**.*

ESCRIBA UN NÚMERO PARA CADA UNO (SI NO HAY NINGUNO, ESCRIBA “0”)

Metadona dispensada en este centro de tratamiento para trastorno del uso de opioides

Productos de buprenorfina dispensados o recetados en este centro para el trastorno del uso de opioides

Naltrexona administrada en este centro de tratamiento para trastorno del uso de opioides

D5d. ¿Cuántos **pacientes residenciales del total** recibieron:

- *Incluya a los clientes que recibieron estos medicamentos para el **trastorno del uso del alcohol**.*

ESCRIBA UN NÚMERO PARA CADA UNO (SI NO HAY NINGUNO, ESCRIBA “0”)

Disulfiram dispensado o recetado en este centro para el trastorno del uso del alcohol

Naltrexona dispensada o recetada en este centro de tratamiento para trastorno del uso de alcohol

Acamprosato dispensado o recetado en este centro para el trastorno del uso del alcohol

D5e. El 29 de marzo de 2024, ¿cuántas **camas** residenciales estaban **designadas específicamente** al tratamiento del trastorno del uso de sustancias?

ESCRIBA UN NÚMERO (SI NO HAY NINGUNO, ESCRIBA “0”)

Número de camas

CONTEO DE CLIENTES AMBULATORIOS

D6. Durante el mes de marzo de 2024, ¿recibió algún cliente servicios de tratamiento **ambulatorio** del **trastorno del uso de sustancias en este centro**?

Sí → **PASE A D6a**

No → **PASE A D7**

D6a. Al 29 de marzo de 2024, ¿cuántos clientes activos estaban recibiendo cada uno de los siguientes servicios de tratamiento **ambulatorio** del trastorno del uso de sustancias **en este centro**?

- *Un cliente activo es un cliente que recibió tratamiento en marzo **Y aun estuvo inscrito en tratamiento el 29 de marzo de 2024.***
- **Cuente un paciente en un solo servicio, aun si el paciente recibió ambos servicios.**
- **No cuente familiares, amigos u otros pacientes sin tratamiento.**

ESCRIBA UN NÚMERO PARA CADA UNO (SI NO HAY NINGUNO, ESCRIBA “0”)

Desintoxicación ambulatoria <i>(abstinencia médica)</i>	
Mantenimiento con metadona/buprenorfina o tratamiento con naltrexona para clientes ambulatorios <i>(cuente clientes de metadona/buprenorfina/ naltrexona solamente en esta línea)</i>	
Tratamiento diurno de paciente ambulatorio u hospitalización parcial <i>(20 horas o más a la semana)</i>	
Tratamiento ambulatorio intensivo <i>(9 o más horas por semana)</i>	
Tratamiento ambulatorio regular <i>(no intensivo)</i>	
TOTAL DE CLIENTES AMBULATORIOS	

D6b. ¿Cuántos **clientes ambulatorios del total** tenían **menos** de 18 años?

ESCRIBA UN NÚMERO (SI NO HAY NINGUNO, ESCRIBA “0”)

Número menor de 18 años

D6c. ¿Cuántos **clientes ambulatorios del total** recibieron:

- *Incluya clientes que recibieron estos medicamentos para la desintoxicación (abstinencia médica), mantenimiento o prevención de recaídas del **trastorno del uso de opioides.***

ESCRIBA UN NÚMERO PARA CADA UNO (SI NO HAY NINGUNO, ESCRIBA “0”)

Metadona dispensada en este centro de tratamiento para trastorno del uso de opioides	
Buprenorfina dispensada o recetada en este centro de tratamiento para trastorno del uso de opioides	
Naltrexona administrada en este centro de tratamiento para trastorno del uso de opioides	

D6d. ¿Cuántos **clientes ambulatorios del total** recibieron:

- *Incluya clientes que recibieron estos medicamentos para el **trastorno del uso del alcohol.***

ESCRIBA UN NÚMERO PARA CADA UNO (SI NO HAY NINGUNO, ESCRIBA “0”)

Disulfiram dispensado recetado en este centro para el trastorno del uso del alcohol	
Naltrexona dispensada o recetada en este centro para el trastorno del uso del alcohol	
Acamprosato dispensado o recetado en este centro para el trastorno del uso del alcohol	

TODOS LOS TIPOS DE TRATAMIENTO POR USO DE SUSTANCIAS
Incluyendo pacientes hospitalizados, residenciales (no hospitalarios) y/o ambulatorios

D7. Esta pregunta le solicita que clasifique a los clientes de tratamiento del uso de sustancias **en este centro** en tres grupos: clientes en tratamiento (1) **tanto** de alcohol como sustancias distintas del alcohol; (2) **solamente** alcohol; o (3) **solamente** sustancias distintas del alcohol.

Anote el porcentaje de clientes al 29 de marzo de 2024 que se encontraban en cada uno de estos tres grupos.

Use números **o** porcentajes, lo que sea más conveniente.

- Si se utilizan números, el total debe ser igual al número reportado para el total combinado de pacientes y clientes que fueron reportados en D4a, D5a, and D6a.
- Si se usan porcentajes—el total debe sumar el 100 %.

Clientes en tratamiento por uso de:

	NÚMERO	O	PORCENTAJE
Tanto de alcohol como sustancias distintas del alcohol			%
Solamente alcohol			%
Solamente sustancias distintas del alcohol			%
TOTAL (D4a + D5a + D6a)			100 %

D8. Aproximadamente, ¿qué porcentaje de los clientes en tratamiento inscritos **en este centro el 29 de marzo de 2024 tenían diagnósticos concurrentes de trastornos mentales y de uso de sustancias?**

(SI NO HAY NINGUNO, ESCRIBA “0”)

Porcentaje de clientes %

D9. Usando el periodo de 12 meses más reciente para el cual tiene datos, ¿aproximadamente cuántas **admisiones** de tratamiento para el uso de sustancias tenía **este centro de tratamiento?**

- CLIENTES AMBULATORIOS: *Cuente admisiones al tratamiento, no visitas individuales de tratamiento. Considere que una admisión es el inicio de un programa o curso de tratamiento. Cuente cualquier readmisión como si fuera una admisión.*
- SI ESTE ES UN CENTRO DE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL: *Cuente todas las admisiones en las cuales los clientes recibieron tratamiento para el uso de sustancias, aun si el uso de sustancias era su diagnóstico secundario.*

Número de admisiones de uso de sustancias durante un periodo de 12 meses

Si su centro no ofrece tratamiento para la salud mental como se indica la Pregunta 1 → PASE A **EHR1**

CONTEO DE CLIENTES DE SALUD MENTAL

CONTEO DE CLIENTES PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

D10. El **29 de marzo de 2024**, ¿recibió algún paciente tratamiento **hospitalario de 24 horas** por **trastornos mentales en este centro, en esta ubicación?**

Sí → PASE A **D10a**

No → PASE A **D11**

D10a. El **29 de marzo de 2024**, ¿cuántos pacientes recibieron tratamiento **hospitalario de 24 horas por trastornos mentales en este centro**?

- **No cuente familiares, amigos u otras personas sin tratamiento.**

Total de pacientes hospitalizados

D10b. El **29 de marzo de 2024**, ¿cuántas camas de hospital de este centro estaban **designadas específicamente** a proveer tratamiento de **trastornos mentales**?

(SI NO HAY NINGUNA, ESCRIBA "0")

Número de camas

D10c. Para cada una de las categorías que figuran a continuación, proporcione un desglose de los **pacientes hospitalizados al 29 de marzo de 2024** que figuran en la casilla **Total** (D10a) antedicha. Utilice números **O** porcentajes, lo que sea más conveniente.

- *Si se utilizan números, el total de cada categoría debe ser igual al número reportado para el **total de pacientes hospitalizados** (D10a).*
- *Si se usan porcentajes, cada categoría debe sumar el 100 %.*

		NÚMERO	O	PORCENTAJE
SEXO	Masculino			%
	Femenino			%
	TOTAL DE LA CATEGORÍA: (DEBERÍA = TOTAL O 100 %)			100 %
EDAD	0-17			%
	18-64			%
	65 o mayor			%
	TOTAL DE LA CATEGORÍA: (DEBERÍA = TOTAL O 100 %)			100 %
ETNICIDAD	Hispana o latina			%
	No hispana o latina			%
	Desconocida o no recopilada			%
	TOTAL DE LA CATEGORÍA: (DEBERÍA = TOTAL O 100 %)			100 %
RAZA	Indígena estadounidense o nativa de Alaska			%
	Asiática			%
	Negra o afroamericana			%
	Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico			%
	Blanca			%
	Dos razas o más			%
	Desconocida o no recopilada			%
	TOTAL DE LA CATEGORÍA: (DEBERÍA = TOTAL O 100 %)			100 %
SITUACIÓN JURÍDICA	Voluntaria			%
	Involuntaria, no forense			%
	Involuntaria, forense			%
	TOTAL DE LA CATEGORÍA: (DEBERÍA = TOTAL O 100 %)			100 %

D11. El **29 de marzo de 2024**, ¿recibió algún paciente tratamiento **residencial para trastornos mentales durante 24 horas en este centro, en esta ubicación?**

Sí  PASE A **D11a**

No  PASE A **D12**

D11a. El **29 de marzo de 2024**, ¿cuántos pacientes recibieron tratamiento **residencial durante 24 horas** para trastornos mentales **en este centro?**

- **No cuente** familiares, amigos u otras personas sin tratamiento.

Total de clientes residenciales

D11b. El **29 de marzo de 2024**, ¿cuántas camas residenciales de **este centro** estaban **designadas específicamente** para proveer tratamiento para trastornos mentales?

(SI NO HAY NINGUNA, ESCRIBA "0")

Número de camas

D11c. Para cada una de las categorías que se indican a continuación, proporcione un desglose de los **Cientes Residenciales** al **29 de marzo de 2024** que figuran en la casilla **Total** (D11a) de arriba. Use números O porcentajes, lo que sea más conveniente.

- Si se usan números, el total de cada categoría debe ser igual al número indicado para el total de Clientes Residenciales.
- Si se usan porcentajes, cada categoría debe sumar al 100 %.

		NÚMERO	O	PORCENTAJE
SEXO	Masculino			%
	Femenino			%
	TOTAL DE LA CATEGORÍA: (DEBERÍA = TOTAL O 100 %)			
EDAD	0-17			%
	18-64			%
	65 o mayor			%
	TOTAL DE LA CATEGORÍA: (DEBERÍA = TOTAL O 100 %)			
ETNICIDAD	Hispana o latina			%
	No hispana o latina			%
	Desconocida o no recopilada			%
	TOTAL DE LA CATEGORÍA: (DEBERÍA = TOTAL O 100 %)			
RAZA	Indígena estadounidense o nativa de Alaska			%
	Asiática			%
	Negra o afroamericana			%
	Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico			%
	Blanca			%
	Dos razas o más			%
	Desconocida o no recopilada			%
	TOTAL DE LA CATEGORÍA: (DEBERÍA = TOTAL O 100 %)			
SITUACIÓN JURÍDICA	Voluntaria			%
	Involuntaria, no forense			%
	Involuntaria, forense			%
	TOTAL DE LA CATEGORÍA: (DEBERÍA = TOTAL O 100 %)			

CONTEO DE CLIENTES EN TRATAMIENTO PARA TRASTORNOS MENTALES DURANTE MENOS DE 24 HORAS

D12. Durante el **mes** de marzo de 2024, ¿recibió algún cliente tratamiento para trastornos mentales **durante menos de 24 horas en este centro, en esta ubicación?**

Sí  PASE A **D12a**

No  PASE A **D13**

D12a. Durante el **mes** de marzo de 2024, ¿recibió algún cliente tratamiento para trastornos mentales **durante menos de 24 horas en este centro, en esta ubicación?**

- **Incluya solamente** los que fueron atendidos en este centro al menos una vez durante el mes de marzo, Y **que aun estuvieron inscritos en tratamiento el 29 de marzo de 2024.**
- **No cuente familiares, amigos u otras personas sin tratamiento.**

Total de clientes ambulatorios y de hospitalización parcial/tratamiento diurno

D12b. Para cada categoría que se indica a continuación, proporcione un desglose de **los clientes con atención durante menos de 24 horas** que se indican en la casilla **total** (D12a) anterior. Use números O porcentajes, lo que sea más conveniente.

- Si se usan números, el total de cada categoría debe ser igual al número informado para el **total de clientes con atención durante menos de 24 horas.**
- Si se usan porcentajes, cada categoría debe sumar al 100 %.

		NÚMERO	O	PORCENTAJE
SEXO	Masculino			%
	Femenino			%
	TOTAL DE LA CATEGORÍA: (DEBERÍA = TOTAL O 100 %)			
EDAD	0-17			%
	18-64			%
	65 o mayor			%
	TOTAL DE LA CATEGORÍA: (DEBERÍA = TOTAL O 100 %)			
ETNICIDAD	Hispana o latina			%
	No hispana o latina			%
	Desconocida o no recopilada			%
	TOTAL DE LA CATEGORÍA: (DEBERÍA = TOTAL O 100 %)			
RAZA	Indígena estadounidense o nativa de Alaska			%
	Asiática			%
	Negra o afroamericana			%
	Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico			%
	Blanca			%
	Dos razas o más			%
	Desconocida o no recopilada			%
	TOTAL DE LA CATEGORÍA: (DEBERÍA = TOTAL O 100 %)			
SITUACIÓN JURÍDICA	Voluntaria			%
	Involuntaria, no forense			%
	Involuntaria, forense			%
	TOTAL DE LA CATEGORÍA: (DEBERÍA = TOTAL O 100 %)			

TODOS LOS ENTORNOS DE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL
Incluyendo tratamiento de paciente hospitalizado 24 horas, tratamiento residencial 24 horas (no hospitalarios),
y de paciente ambulatorio durante menos de 24 horas y hospitalización parcial / tratamiento diurno.

D13. El **29 de marzo de 2024**, ¿aproximadamente qué porcentaje de los clientes/pacientes inscritos **en este centro** presentaba trastornos mentales y de uso de sustancias **concurrentes diagnosticados**?

(SI NO HAY NINGUNO, ESCRIBA "0")

Porcentaje con diagnóstico concurrente %

D14. En el período de 12 meses comprendido entre el 1 de abril de 2023 y el 29 de marzo de 2024, ¿cuántas admisiones para **tratamiento de trastornos mentales**, readmisiones y traslados entrantes tuvo **este centro**? Excluya los reingresos por ausencias no autorizadas como escape, deserción (AWOL, por sus siglas en inglés) o fuga.

- SI LOS DATOS DE ESTE PERÍODO DE TIEMPO NO ESTÁN DISPONIBLES: Use el período de 12 meses más reciente para el que haya datos disponibles.
- CLIENTES AMBULATORIOS: Considere cada inicio a un curso de tratamiento como una admisión. **Cuente admisiones al tratamiento, no visitas de tratamiento individuales.**
- CUANDO UN TRASTORNO DE SALUD MENTAL ES UN DIAGNÓSTICO SECUNDARIO: Cuente todas las admisiones en las cuales clientes/pacientes recibieron tratamiento de salud mental.

(SI NO HAY NINGUNO, INGRESE "0")

Número de ingresos por trastorno mental en un período de 12 meses

D15. ¿Qué porcentaje de las admisiones reportadas en la pregunta anterior eran **veteranos militares**? Responder con la mayor exactitud posible.

(SI NO HAY NINGUNO, INGRESE "0")

Porcentaje de veteranos militares %

REGISTROS MÉDICOS ELECTRÓNICOS (EHRs)

Las próximas preguntas son acerca de los registros médicos electrónicos (EHR, por sus siglas en inglés). Para los fines de esta encuesta, los EHR son versiones electrónicas del historiado médico del paciente que es mantenido por el proveedor a lo largo del tiempo y podría incluir todos los datos clínicos clave y relevantes al cuidado de la persona bajo un proveedor en particular.

EHR1. ¿Su centro de tratamiento usa un sistema de EHR? *No incluya sistemas de registro de facturas.*

MARQUE SOLO UNA

Sí, usamos exclusivamente un sistema de EHR. No registros en papel.

Sí, usamos una combinación de sistema de EHR y registros en papel.

No, pero planeamos implementar un sistema de EHR. → PASE A EHR13

No, y no tenemos ningún plan para implementar un sistema de EHR. → PASE A EHR14

EHR1a. Si su centro de tratamiento es parte de una organización más grande, por favor indique si usan un EHR en todos los centros dentro de su organización.

MARQUE SOLO UNA

Todos los centros de tratamiento dentro de esta organización usan un EHR.

Algunos de los centros de tratamiento dentro de esta organización usan un EHR.

No sé si otros centros de tratamiento dentro de la organización usan un EHR.

Este es el único centro de tratamiento en esta organización.

EHR2. Por favor indique el nombre del proveedor de sistema de EHR para este centro de tratamiento.

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

Accumedic	Methware
AMS	Netsmart (MyAvatar, MyEvolv)
Cerner	NextGen
CCP (Co-Centrix)	Precision Care
Core Solutions	Qualifacts/Credible (CareLogic EHR)
Echo Group	Smart Management
E-Clinical Works (ECW)	SAMMS
EPIC	Ten Eleven
Foothold	Tower Systems
HiNext	Valant
IMA	Welligent
Methasoft (Netalytics)	Otro(s) (especifique: _____)
Meditech	No sé

EHR3. ¿Integran o incorporan los EHR de este centro de tratamiento algún tipo de información clínica (por ejemplo, medicamentos, resultados de análisis de laboratorio) que se recibe **electrónicamente** a través de proveedores fuera de su organización **sin necesidad de registrarla manualmente**?

- Esto se refiere a la capacidad de agregar o incorporar la información en el EHR sin un esfuerzo especial (no se refiere a agregar datos automáticamente sin que el proveedor lo revise). Esto se puede lograr usando un software para convertir documentos escaneados en datos separados e indexados que pueden ser integrados/incluidos en el EHR.
- *EElectrónico no se refiere a e-Fax o documentos escaneados.*
- *Por favor considere todas las organizaciones fuera de su red.*

Sí

No

EHR4. ¿Otorgan las organizaciones externas acceso de “solo lectura” a la información clínica de EHR de este centro?

- *Esto quiere decir que el personal adecuado tiene la capacidad de ver la información de salud del paciente en un EHR tercero de acuerdo con la ley HIPAA y 42CFR pero no modificar el registro.*

Sí

No

No sé

EHR5. ¿Con qué frecuencia el personal de este centro de tratamiento busca o consulta **electrónicamente** información de salud de clientes (por ejemplo, medicamentos, citas fuera del centro) de otros proveedores o fuentes externas **fuera** de este centro?

- *Electrónico no se refiere a e-Fax o documentos escaneados.*

MARQUE SOLO UNA

Casi diario	Menos de una vez al mes
Al menos una vez a la semana	Nunca
Al menos una vez al mes	El personal no tiene la capacidad de buscar o consultar

EHR6. Por favor indique si su centro de tratamiento participa en una Organización de Intercambio de Información de Salud (HIO, por sus siglas en inglés) estatal, regional y/o local.

- *Una Organización de Intercambio de Información de Salud (HIO, por sus siglas en inglés) es una organización que gobierna y supervisa el intercambio de información relacionada con la salud entre organizaciones de acuerdo con estándares reconocidos a nivel nacional.*

MARQUE SOLO UNA

Una HIO está disponible en mi área e intercambiamos datos por lo menos en una HIO → PASE A **EHR7**

Una HIO está disponible en mi área pero no participamos con ellos → PASE A **EHR6a**

Una HIO no está disponible en mi área → PASE A **EHR7**

No estoy familiarizado con una HIO → PASE A **EHR7**

No sé si este centro de tratamiento participa en una HIO → PASE A **EHR7**

EHR6a. ¿Por qué este centro de tratamiento no participa en la HIO?

EHR7. Al tratar a un paciente que fue visto previamente por otro proveedor de salud/organización, ¿con qué frecuencia tiene su centro de tratamiento la información de salud del paciente (por ejemplo, medicamentos, análisis de laboratorio) disponible **electrónicamente** a través de ese proveedor/ organización?

MARQUE SOLO UNA

Siempre

Raramente

A veces

Nunca

EHR8. ¿Usa este centro de tratamiento un EHR:

MARQUE "SÍ", "NO", O "NO APLICA" PARA CADA ARTÍCULO A CONTINUACIÓN. SI NO LO SABE O NO ESTÁ SEGURO, POR FAVOR DEJE EL ESPACIO EN BLANCO

	MARQUE UNA EN CADA LÍNEA		
	SÍ	NO	NO APLICA
Registrar el historial del paciente			
Registrar información demográfica del paciente			
Registrar determinantes sociales de salud (empleo, vivienda)			
Registrar los medicamentos de los pacientes			
Registrar alergias de los pacientes			
Registrar diagnósticos			
Registrar listas de problemas			
Registrar evaluaciones de salud conductual o herramientas			
Registrar notas clínicas o de progreso			
Registrar planes de tratamiento			
Monitorear el progreso del cliente			
Mandar recetas a la farmacia electrónicamente			
Revisar advertencias o alertas de alergias a medicamentos, interacciones entre medicamentos o contraindicaciones			
Conciliar medicamentos cuando se admiten, se den de alta, y/o se trasladen clientes entre entornos de atención			
Ordenar análisis de laboratorio			
Ver resultados de laboratorio			
Registrar referencias			
Registrar planes de alta			
Revisar el programa estatal de monitoreo de medicamentos recetados (PDMP, <i>por sus siglas en inglés</i>) antes de recetar una sustancia controlada			

EHR9. ¿Este centro de tratamiento ofrece un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP, *por sus siglas en inglés*)?

Sí  PASE A **EHR9a**

No aplica  PASE A **EHR10**

No  PASE A **EHR10**

EHR9a. ¿Este centro de tratamiento realiza un seguimiento de los medicamentos dispensados en su EHR?

Sí

No

EHR10. ¿Permite el EHR de este centro de tratamiento a sus clientes...

MARQUE "SÍ", "NO", O "NO APLICA" PARA CADA ARTÍCULO A CONTINUACIÓN

	SÍ	NO	NO APLICA
Intercambiar mensajes seguros con sus médicos, consejeros u otro personal médico?			
Ver su historial médico (por ejemplo, salud e información de salud conductual) en línea?			
Descargar su historial médico?			

EHR11. ¿Hay otras funcionalidades que faltan en su sistema de EHR que serían útiles para atender a sus clientes?

Sí (especifique: _____)

No

EHR12. En general, ¿qué tan satisfecho o insatisfecho está con su sistema de EHR?

MARQUE SOLO UNA

Muy satisfecho

Algo insatisfecho

Algo satisfecho

Muy insatisfecho

Ni satisfecho ni insatisfecho

PASE A **EHR15**

EHR13. ¿Cuándo planea su centro de tratamiento implementar un sistema de EHR?

MARQUE SOLO UNA

Dentro de los próximos 6 meses

De 1 a 2 años

De 6 meses a 1 año

En más de 2 años

PASE A **EHR15**

EHR14. ¿Por qué no planea este centro de tratamiento implementar un sistema de EHR?

EHR15. ¿Quién fue el principal responsable de completar este grupo de preguntas de EHR?

Esta información solo se utilizará si necesitamos ponernos en contacto con usted sobre sus respuestas. No se publicará.

MARQUE SOLO UNA

Srta. Sra. Sr. Dr./Dra. Otro (especifique) _____

Nombre _____ Título _____

Número de teléfono _____ Ext. _____ Número de Fax _____

Correo electrónico _____

Correo electrónico del centro de tratamiento _____

MÓDULO E: SECCIÓN DE INFORMACIÓN DEL ENCUESTADO

INFORMACIÓN DEL ENCUESTADO

E1. ¿Quién fue la persona principalmente responsable de completar este formulario, en general?

- Esta información solamente será utilizada si necesitamos comunicarnos con usted sobre sus respuestas. Esta no será publicada.

MARQUE SOLO UNA

Srta. Sr. Sra. Dr./Dra. Otro (especifique: _____)

Nombre: _____

Título: _____

Teléfono: _____ Ext. _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Correo electrónico del centro de tratamiento: _____

CENTROS ADICIONALES INCLUIDOS EN EL CONTEO DE CLIENTES/PACIENTES

Nombre del centro de tratamiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico del centro de tratamiento: _____

Paciente hospitalizado Residencial Ambulatorio Hospitalización parcial/tratamiento diurno

Nombre del centro de tratamiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico del centro de tratamiento: _____

Paciente hospitalizado Residencial Ambulatorio Hospitalización parcial/tratamiento diurno

Nombre del centro de tratamiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico del centro de tratamiento: _____

Paciente hospitalizado Residencial Ambulatorio Hospitalización parcial/tratamiento diurno

COMENTARIOS

Gracias por su participación. Por favor, devuelva este cuestionario en el sobre incluido.

Si ya no tiene el sobre, por favor, envíe este cuestionario a: ICF, ATTN: N-SUMHSS, 908 Beaver Creek Drive, Martinsville, VA 24112.

Promesa a los Participantes: La información que proporcione estará protegida hasta el máximo alcance estipulado en virtud de la Ley de Servicios de Salud Pública (42 USC 290aa(p)). Esta ley permite la divulgación pública de información identificable sobre un establecimiento únicamente con el consentimiento de dicho establecimiento y limita el uso de la información a los fines para los que fue suministrada. Con el consentimiento explícito de los centros de tratamiento, la información proporcionada en respuesta a las preguntas de la encuesta marcadas con un asterisco puede publicarse en FindTreatment.gov, en el Directorio Nacional de Centros de Tratamiento para el Uso de Alcohol y Sustancias, en el Directorio Nacional de Centros de Tratamiento de Salud Mental y en otros listados disponibles públicamente. Las respuestas a las preguntas no marcadas con asterisco se publicarán sin enlace directo a los centros de tratamiento individuales.

Declaración del Estimado de Tiempo de OMB: Una agencia no puede realizar o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una solicitud de información a menos que muestre un número de control actualmente válido de la OMB. El número de control de la OMB para este proyecto es 0930-0106. La carga pública para esta recopilación de información se estima en un promedio de 55 minutos por encuestado, por año, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Envíe sus comentarios acerca de esta carga o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, a SAMHSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 15E57-A, Rockville, Maryland 20857.