

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS DE ILLINOIS
 Y
 DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE ILLINOIS – DIVISIÓN DE ALCOHOLISMO Y ABUSO DE
 SUSTANCIAS

EVALUACIÓN DEL USO DE SUSTANCIAS POR ADULTOS

Marque una opción: Investigación Caso abierto intacto Caso complementario o de colocación

Persona evaluada: _____ Fecha de la evaluación: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ C.P. _____

Fecha de nacimiento: _____ Nombre del caso de DCFS: _____ ID del caso de DCFS: _____

Persona que llevó a cabo la evaluación: _____

Marque una opción:
 DCP Trabajador de caso intacto
 Trabajador de colocación

Oficina del DCFS o nombre de la agencia POS: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Supervisor: _____ Teléfono: _____

Instrucciones: Marque **Sí** o **No** para cada punto en cada categoría. Refiera a un proveedor de servicios del Departamento de Alcoholismo y Abuso de Sustancias (DASA) a cualquier persona que responda “**SÍ**” a los puntos escritos **con letra negrita**, para que reciba una evaluación para abuso de alcohol y sustancias.

I. Hechos del caso:

Sí	No		Año (s)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dio a luz a un infante expuesto a sustancias intoxicantes (drogas)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implicación anterior con el DCFS	

Sí	No	Fecha de la verificación LEADS:	Fecha del último incidente:	Cargo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cargos criminales relacionados con drogas en LEADS		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cargos criminales no relacionados con drogas en LEADS		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Existe un reporte policiaco indicando la presencia de un laboratorio para la fabricación de metanfetaminas: Especifique:		

II. Historiales médicos y de salud mental

Sí	No																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>¿Está usted en este momento tomando un medicamento recetado para tratar un problema médico? Llene los espacios a continuación.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Diagnóstico/Condición</th> <th>Medicamento</th> <th>Dosis</th> <th>Duración</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Diagnóstico/Condición	Medicamento	Dosis	Duración												
Diagnóstico/Condición	Medicamento	Dosis	Duración															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>¿Tiene o en algún momento le han hecho un diagnóstico para un problema de salud mental?</p>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>¿Está usted en este momento tomando un medicamento recetado para tratar un problema de salud mental? En caso AFIRMATIVO, llene los espacios a continuación.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Diagnóstico/Condición</th> <th>Medicamento</th> <th>Dosis</th> <th>Duración</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Diagnóstico/Condición	Medicamento	Dosis	Duración												
Diagnóstico/Condición	Medicamento	Dosis	Duración															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>¿Alguna vez un médico le ha recetado un medicamento para "que se calme", "para ayudarle a dormir" o para "ayudarle a que se sienta menos deprimido"? En caso afirmativo, ¿qué medicamento le recetaron?</p>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados (como vicodin, valium, oxycotin u otros) sin que se los hayan prescrito a usted? Anote los nombres de los medicamentos a continuación.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>¿Alguna vez ha recibido beneficios por incapacidad?</p>																

III. Observación de la persona siendo evaluada: Instrucciones: Si marca la opción Sí a continuación, haga un círculo en todos los puntos que apliquen.

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se percibe olor a alcohol y/o marihuana
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parafernalia de drogas visible: p.ej. pipas, navajas de rasurar, jeringa, otros (especifique):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La persona se tambalea, tiembla, no habla claramente o habla rápido, tiene los ojos vidriosos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presenta comportamiento poco usual o extremo (demasiado alerta, agitado, paranoico)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas para concentrarse, se distrae con facilidad, se confunde

IV. Persona que está siendo evaluada: Cualquier punto escrito en letras negritas para el que se conteste Sí implica un referido para evaluación.

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Actualmente participa (o ha participado) en un programa de tratamiento para abuso de sustancias o programa de tratamiento con mantenimiento a base de metadona? En caso afirmativo, ¿dónde y en qué año?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa usted drogas? Si contestó Sí, ¿qué drogas, por cuánto tiempo y cuándo fue la última vez que las utilizó?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha sentido que tiene que beber menos y/o usar menos drogas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿La gente le critica por su forma de beber y/o por su consumo de drogas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez se ha sentido culpable por beber y/o usar drogas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha bebido o usado drogas por la mañana para calmar sus nervios o para dejar de sentir la resaca?

V. Dirección: Estas preguntas deben hacerse a un adulto que forme parte del hogar o a otro miembro de la familia extendida.

Nombre del contacto colateral: _____

Parentesco o relación con la persona a la que se está evaluando: _____

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿La persona a la que se está evaluando, tiene problemas con el consumo de alcohol o las drogas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene un problema con el consumo de alcohol o las drogas alguno de los miembros de la familia, prestadores de cuidados, parejas, personas que viven en el hogar u otras personas con las que interactúa(n) el(los) niño(s)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿La persona a la que se está evaluando debe ser protegida de otro individuo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hay alguna indicación que le haga sospechar que hay violencia doméstica?

El contacto colateral solicita una dispensa:

Motivo por el que se pide la dispensa: _____

Se autoriza la dispensa: Sí No

Firma del especialista en protección a la niñez: _____ Fecha: _____

Firma del supervisor: _____ Fecha: _____

VI. Comentarios y observaciones adicionales del evaluador

Instrucciones: Incluya cualquier información obtenida durante la investigación o contenida en el expediente del caso que pudiera ayudar al proveedor de DASA a llevar a cabo una evaluación y/o tratamiento (p. ej. sospecha de tráfico de drogas, mucho movimiento de personas que llegan y salen de la casa, que los datos de la justicia criminal indiquen que hay un problema de abuso de sustancias, etc...) Mencione a los miembros de la familia u otras personas con información relevante acerca del individuo que está siendo evaluado.

VII. Referidos:

Instrucciones: Refiera a cualquier individuo que conteste “SI” a cualquiera de las preguntas que aparecen escritas con **letra negrita**. Los individuos también podrán ser referidos para hacer una evaluación y “descartar” que sean consumidores de alcohol o tengan otros problemas de abuso de sustancias. **Todos los referidos para evaluación deben incluir: Evaluación para abuso de sustancias en adultos CFS 440-5, Referido del DCFS a tratamiento para el abuso del alcohol u otros servicios para el tratamiento del abuso de drogas para adultos CFS 440-6 y Consentimiento para divulgar información CFS 440-7. Indique la acción tomada a continuación.**

No se refiere para evaluación

Se refiere para evaluación

Nombre del proveedor de la evaluación: _____ Fecha: _____

Fax: _____ Teléfono: _____

Envíe por fax los siguientes documentos al proveedor de la evaluación al momento de hacer el referido:

Evaluación para abuso de sustancias CFS 440-5

Referido CFS 440-6

Consentimiento para divulgación CFS 440-7

Domicilio, ciudad: _____

Persona de contacto: _____

Fecha de la cita: _____ **Hora:** _____

Evaluador

Supervisor

Fecha

Fecha