

Encuesta Nacional de Servicios de Salud Mental 2018 (N-MHSS, por sus siglas en inglés)

30 de abril de 2018

Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias
(SAMHSA, por sus siglas en inglés)
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.
(HHS, por sus siglas en inglés)

***POR FAVOR REVISE LA INFORMACIÓN DE LA INSTALACIÓN IMPRESA ARRIBA. TACHE
ERRORES E INGRESE LA INFORMACIÓN CORRECTA O FALTANTE.***

MARQUE UNA

- La información está completa y correcta, no necesita cambios
- Se ha corregido toda la información incorrecta o faltante



*POR FAVOR LEA TODA ESTA PÁGINA ANTES
DE COMPLETAR EL CUESTIONARIO*

¿Preferiría completar este cuestionario en línea? Vea el volante verde incluido en su paquete de cuestionario donde encontrará la dirección en Internet y su nombre de usuario y contraseña única. Puede conectarse y salir del sitio en Internet tan frecuentemente como necesite para completar el cuestionario. Cuando se vuelva a conectar, el programa le llevará a la siguiente pregunta que está sin contestar. Si necesita más asistencia o información, llame a la línea de asistencia de N-MHSS al 1-866-778-9752.

INSTRUCCIONES

- La mayoría de las preguntas en esta encuesta preguntan sobre "esta instalación". Por "esta instalación" nos referimos a la instalación de tratamiento o programa específico cuyo nombre y ubicación se encuentran impresos en la portada. Si tiene alguna pregunta acerca de cómo el término "esta instalación" aplica a su instalación, por favor llame al 1-866-778-9752.
- Por favor conteste SOLAMENTE acerca de la instalación o programa específico cuyo nombre y ubicación se encuentran impresos en la portada, a menos que se especifique de otra manera en el cuestionario.
- Si ésta es una **unidad aparte de pacientes psiquiátricos internados en un hospital general**, considere la unidad psiquiátrica como la "instalación" pertinente para los fines de esta encuesta.
- Para información adicional sobre la encuesta y definiciones de algunos de los términos usados, por favor visite nuestro sitio en Internet: <https://info.nmhss.org>.
- Devuelva el cuestionario completo en el sobre proporcionado, o envíelo por fax al 1-609-799-0005. (Por favor incluya la referencia "N-MHSS" en su fax.) **Por favor mantenga una copia del cuestionario completo para sus archivos.**
- Si tiene alguna pregunta o necesita formularios adicionales en blanco, comuníquese con:

MATHEMATICA POLICY RESEARCH
1-866-778-9752
NMHSS@mathematica-mpr.com

INFORMACIÓN IMPORTANTE

***Preguntas con asterisco.** La información de preguntas con asterisco (*) es publicada en el Localizador en línea de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual, en <https://findtreatment.samhsa.gov>, en el *Directorio Nacional de Instalaciones para el Tratamiento de Salud Mental de SAMHSA*, y en otros listados de disponibilidad pública, a menos que usted lo indique de otra manera en la pregunta C1, página 12, de este cuestionario.

Función Localizadora de ubicación en línea. La información completa y exacta de nombre y dirección es necesaria para que el Localizador en línea de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual ubique correctamente la instalación.

Elegibilidad para el Localizador. Solamente las instalaciones que proporcionan tratamiento para la salud mental y completan este cuestionario son elegibles para ser incluidas en el Localizador en línea de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual. Si tiene preguntas sobre elegibilidad, por favor comuníquese con la línea de ayuda de N-MHSS al 1-866-778-9752.

SECCIÓN A: CARACTERÍSTICAS DE LA INSTALACIÓN

La Sección A pregunta acerca de las características de las instalaciones individuales y debería ser completada solamente para esta instalación, es decir, la instalación o programa en el lugar indicado en la portada.

A1. ¿Ofrece esta instalación de tratamiento, en este lugar:

MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA

- | | SÍ | NO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Ingreso para salud mental? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 2. Evaluación del diagnóstico de salud mental? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 3. Información y/o referencia de salud mental | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| <i>(también incluye programas de emergencia que proporcionan servicios en persona o por teléfono)?</i> | | |
| *4. Tratamiento de salud mental | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| <i>(intervenciones tales como terapia o medicación psicotrópica que tratan el problema o condición de salud mental de la persona, reducen los síntomas, y mejoran el funcionamiento y los resultados del comportamiento)?</i> | | |
| 5. Tratamiento para el abuso de sustancias? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 6. Servicios administrativos u operacionales para instalaciones de tratamiento de salud mental? | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

A2. ¿Contestó que "sí" al tratamiento de salud mental en la pregunta A1 anterior (opción 4)?

- 1 Sí
0 No → PASE A C2 (PÁGINA 12)

*A3. ¿En cuál de las siguientes configuraciones de servicios se proporciona el tratamiento de salud mental en esta instalación, en este lugar?

MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA

- | | SÍ | NO |
|-----------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Paciente hospitalizado 24-horas..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 2. Residencial 24-horas..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 3. Hospitalización parcial/tratamiento diurno | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 4. Servicio ambulatorio | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

*A4. ¿Qué categoría (SOLAMENTE UNA) describe MEJOR esta instalación, en este lugar?

- Las definiciones de tipos de instalaciones se encuentran en: <https://info.nmhss.org>

MARQUE SOLAMENTE UNA

- 1 Hospital psiquiátrico
- 2 Unidad de hospitalización psiquiátrica separada de un hospital general (*considere esta unidad psiquiátrica como la "instalación" pertinente para los fines de esta encuesta*)
- 3 Centro de tratamiento residencial para niños
- 4 Centro de tratamiento residencial para adultos
- 5 Otro tipo de instalación de tratamiento residencial
- 6 Centro Médico de la Administración de Veteranos (VAMC) u otra instalación para el cuidado de la salud de la Administración de Veteranos
- 7 Centro de Salud Mental Comunitario (CMHC)
- 8 Instalación de hospitalización parcial/tratamiento diurno
- 9 Instalación de salud mental de servicio ambulatorio
- 10 Instalación de salud mental de escenarios múltiples (residencial no-hospitalario más servicio ambulatorio y/o hospitalización parcial/ tratamiento diurno)
- 11 Otro (*Especifique:* _____)

PASE
A
A7
(PRÓXIMA
PÁGINA)

A5. ¿Es esta instalación una práctica de un solo proveedor o un grupo pequeño?

- 1 Sí
0 No → PASE A A6 (ENCIMA DE PRÓXIMA PÁGINA)

*A5a. ¿Está la instalación autorizada o acreditada como clínica o centro de salud mental?

- No incluya las licencias o credenciales de médicos profesionales particulares.
- 1 Sí → PASE A A6 (ENCIMA DE PRÓXIMA PÁGINA)
0 No → PASE A C2 (PÁGINA 12)

***A6. ¿Es esta instalación un Centro de Salud con Certificación Federal (FQHC, por sus siglas en inglés)?**

- *Los FQHC 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 FQHC, refiérase a: <https://info.nmhss.org>*

- 1 Sí
0 No
d No sé

A7. ¿Cuál es el enfoque de tratamiento principal en esta instalación, en este lugar?

- *Las unidades psiquiátricas separadas dentro de los hospitales generales deben contestar sobre su unidad en particular y NO en lo que respecta al hospital en general.*

MARQUE SOLAMENTE UNA

- 1 Tratamiento de salud mental
2 Tratamiento para el abuso de sustancias → PASE A C2 (PÁGINA 12)
3 Tratamiento mixto para salud mental y abuso de sustancias (ninguno es primario)
4 Cuidado de la salud en general
5 Otro enfoque de servicio (*Especifique:*
_____)

A8. ¿Es esta instalación una prisión, penitenciaría, o centro de detención que proporciona tratamiento exclusivamente a personas encarceladas o detenidos juveniles?

- 1 Sí → PASE A C2 (PÁGINA 12)
0 No

***A9. ¿Está esta instalación administrada por:**

MARQUE SOLAMENTE UNA

- 1 Una organización privada con fines de lucro
2 Una organización privada sin fines de lucro
3 Una agencia o departamento público
- PASE A A10 (SIGUIENTE COLUMNA)
→ PASE A A9a (ENCIMA DE SIGUIENTE COLUMNA)

***A9a. ¿Cuál agencia o departamento público?**

MARQUE SOLAMENTE UNA

- 1 Autoridad Estatal de Salud Mental (SMHA)
2 Otra agencia o departamento del gobierno estatal (por ejemplo, Departamento de Salud)
3 Autoridad regional/de distrito, o gobierno del condado, gobierno local, o gobierno municipal
4 Gobierno tribal
5 Servicio de Salud Indígena
6 Departamento de Asuntos de Veteranos
7 Otro (*Especifique:*
_____)

A10. ¿Está esta instalación afiliada a una organización religiosa (o basada en la fe)?

- 1 Sí
0 No

***A11. ¿Cuáles de estos enfoques de tratamiento de salud mental se ofrecen en esta instalación, en este lugar?**

- *Las definiciones de los enfoques de tratamiento se encuentran en: <https://info.nmhss.org>*

MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN

- 1 Psicoterapia individual
2 Terapia familiar/de pareja
3 Terapia grupal
4 Terapia cognitiva/conductual
5 Terapia conductual dialéctica
6 Modificación de la conducta
7 Tratamiento integrado de patología dual
8 Terapia de trauma
9 Terapia basada en actividades
10 Terapia electro-convulsiva
11 Terapia de telemedicina/terapia de telesalud
12 Medicación psicotrópica
13 Otro (*Especifique:*
_____)
14 No se ofrece ninguno de estos enfoques de tratamiento de salud mental

***A12. ¿Cuáles de estos servicios y prácticas se ofrecen en esta instalación, en este lugar?**

- Las definiciones se encuentran en: <https://info.nmhss.org>

MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN

- 1 Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT)
- 2 Administración Intensiva de Casos (ICM)
- 3 Administración de Casos (CM)
- 4 Tratamiento ambulatorio ordenado por la corte

- 5 Administración de enfermedades crónicas (CDM)
- 6 Administración y recuperación de enfermedades (IMR)
- 7 Servicios integrados de atención primaria
- 8 Consejería para dieta y ejercicios

- 9 Psicoeducación familiar
- 10 Servicios educativos
- 11 Servicios de vivienda
- 12 Vivienda asistida
- 13 Servicios de rehabilitación psicosocial
- 14 Servicios de rehabilitación vocacional
- 15 Empleo con apoyo

- 16 Cuidado terapéutico en hogares de acogida
- 17 Defensa legal
- 18 Servicios ambulatorios psiquiátricos de emergencia
- 19 Servicios de prevención del suicidio
- 20 Servicios administrados por pacientes (apoyo entre iguales)

- 21 Detección del uso de tabaco
- 22 Consejería para dejar de fumar/usar tabaco
- 23 Terapia de reemplazo de nicotina
- 24 Medicación para dejar de fumar/usar tabaco sin nicotina (por receta médica)

- 25 Otro (*Especifique:* _____)
- 26 No se ofrece ninguno de estos servicios ni prácticas

***A13. ¿Qué grupos de edades son aceptados para tratamiento en esta instalación?**

MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA

- | | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Niños (12 o menores)..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 2. Adolescentes (13-17) | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 3. Adultos jóvenes (18-25) | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 4. Adultos (26-64)..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 5. Ancianos (65 o mayores) | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

***A14. ¿Ofrece esta instalación un programa o grupo de tratamiento de salud mental dedicado o diseñado exclusivamente para clientes en alguna de las siguientes categorías?**



- Si esta instalación 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 APLICAN

- 1 Niños/adolescentes con trastornos emocionales severos (SED)
- 2 Adultos jóvenes- edad de transición
- 3 Personas de 18 años de edad y mayores con enfermedad mental severa (SMI)
- 4 Ancianos o adultos de tercera edad
- 5 Personas con Alzheimer o demencia
- 6 Personas con trastornos mentales y de uso de sustancias co-ocurrentes
- 7 Personas con trastornos alimenticios
- 8 Personas con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (PTSD)
- 9 Personas que han experimentado trauma (sin incluir personas con diagnóstico de PTSD)
- 10 Personas con lesión cerebral traumática (TBI)
- 11 Veteranos
- 12 Militares en servicio activo
- 13 Miembros de familias militares
- 14 Clientes lesbianas, homosexuales, bisexuales, o transgéneros (LGBT)
- 15 Clientes referidos por forense (referidos por la corte/el sistema judicial)
- 16 Personas con VIH o SIDA
- 17 Otro programa o grupo especial (*Especifique:* _____)
- 18 No se ofrece ningún programa diseñado o dedicado exclusivamente para un grupo

*A15. ¿Ofrece esta instalación un equipo de intervención en crisis que maneja problemas graves de salud mental en esta instalación y/o fuera del sitio?

- 1 Sí
0 No

*A16. ¿Proporciona esta instalación, 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 miembros del personal o un intérprete de turno proporciona este servicio.

- 1 Sí
0 No

*A17. ¿Proporciona esta instalación servicios de tratamiento de salud mental en un idioma distinto al inglés en este lugar?

- 1 Sí
0 No, solamente inglés → PASE A A18 (SIGUIENTE COLUMNA)

A17a. En esta instalación, ¿quién proporciona servicios de tratamiento de salud mental en un idioma distinto al inglés?

MARQUE SOLAMENTE UNA

- 1 Personal que habla un idioma distinto al inglés
2 Un intérprete de turno (en persona o por teléfono) procurado cuando es necesario → PASE A A18 (SIGUIENTE COLUMNA)
3 AMBOS personal y un intérprete de turno

*A17a1. ¿Proporciona el personal servicios de tratamiento de salud mental en español en esta instalación?

- 1 Sí
0 No → PASE A A17b (ENCIMA DE SIGUIENTE COLUMNA)

A17a2. ¿Proporciona el personal en esta instalación servicios de tratamiento de salud mental en algún otro idioma?

- 1 Sí → PASE A A17b (ENCIMA DE SIGUIENTE COLUMNA)
0 No → PASE A A18 (SIGUIENTE COLUMNA)

*A17b. ¿En qué otros idiomas proporciona el personal servicios de tratamiento de salud mental en esta instalación?

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

MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN

Indígena Estadounidense o Nativo de Alaska:

- 1 Hopi
2 Lakota
3 Navajo
4 Ojibwa
5 Yupik
6 Otro idioma indígena estadounidense o nativo de Alaska (Especifique: _____)

Otros Idiomas:

- 7 Árabe
8 Cualquier idioma chino
9 Criollo
10 Persa (Farsi)
11 Francés
12 Alemán
13 Griego
14 Hebreo
15 Hindi
16 Hmong
17 Italiano
18 Japonés
19 Coreano
20 Polaco
21 Portugués
22 Ruso
23 Tagalo
24 Vietnamita
25 Cualquier otro idioma (Especifique: _____)

A18. ¿Cuáles de estas prácticas de mejoramiento de calidad son parte de los procedimientos operativos estándar de esta instalación?

MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA

- | | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Requerimientos de educación continua para el personal profesional | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 2. Revisión de caso programada regularmente con un supervisor | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 3. Revisión de caso programada regularmente por un comité designado para control de calidad | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 4. Seguimiento de resultado del cliente después del alta | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 5. Revisión periódica de utilización | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 6. Encuesta periódica de satisfacción del cliente | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

***A19. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe MEJOR la política de fumar para los clientes en esta instalación?**

MARQUE SOLAMENTE UNA

- 1 No se permite fumar en ningún lugar fuera o dentro de cualquier edificio
- 2 Está permitido en zona(s) designada(s) al aire libre
- 3 Permitido en cualquier lugar afuera
- 4 Permitido en zona(s) interior(es) designada(s)
- 5 Permitido en cualquier lugar adentro
- 6 Permitido en cualquier lugar sin restricciones

A20. En el período de 12 meses comenzando el 1 de mayo de 2017, y terminando el 30 de abril de 2018, ¿ha usado el personal en esta instalación aislamiento o restricción con los clientes?

- 1 Sí
- 0 No

A20a. ¿Tiene esta instalación alguna política vigente para minimizar el uso del aislamiento o la restricción?

- 1 Sí
- 0 No

A21. Para cada una de las siguientes actividades, por favor indique si los miembros del personal usan habitualmente computadoras o recursos electrónicos, sólo papel, o una combinación de ambos para realizar su trabajo.

NOTA: Recursos electrónicos incluyen herramientas como registros electrónicos de salud (EHR, por sus siglas en inglés) y portales en Internet.
Por favor considere e-fax, pdf, o documentos escaneados como documentos en papel.

| ACTIVIDAD LABORAL | MARQUE UN MÉTODO PARA CADA ACTIVIDAD | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| | SÓLO COMPUTADORA /ELECTRÓNICO | SÓLO PAPEL | AMBOS ELECTRÓNICO Y PAPEL | NA |
| 1. Admisión | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | na <input type="checkbox"/> |
| 2. Programación de citas | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | na <input type="checkbox"/> |
| 3. Evaluación | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | na <input type="checkbox"/> |
| 4. Plan de tratamiento | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | na <input type="checkbox"/> |
| 5. Monitoreo del progreso del cliente | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | na <input type="checkbox"/> |
| 6. Dar de alta | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | na <input type="checkbox"/> |
| 7. Referencias | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | na <input type="checkbox"/> |
| 8. Emitir/recibir resultados de laboratorio | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | na <input type="checkbox"/> |
| 9. Recetar/dispensar medicamentos | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | na <input type="checkbox"/> |
| 10. Chequear interacción de medicamentos | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | na <input type="checkbox"/> |
| 11. Guardar y mantener registros de salud y/o tratamiento del cliente | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | na <input type="checkbox"/> |
| 12. Enviar información de salud y/o tratamiento del cliente a proveedores o fuentes fuera de su organización | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | na <input type="checkbox"/> |
| 13. Recibir información de salud y/o tratamiento del cliente de proveedores o fuentes fuera de su organización | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | na <input type="checkbox"/> |
| 14. Facturación | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | na <input type="checkbox"/> |
| 15. Encuestas de satisfacción del cliente o familia | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | na <input type="checkbox"/> |

***A22. ¿Utiliza esta instalación una escala variable de pago?**

- Las escalas variables de pago están basadas en ingresos y otros factores.
- No aplica para las instalaciones de la Administración de Veteranos.

1 Sí

0 No → PASE A A23 (ABAJO)

A22a. ¿Quiere usted que la disponibilidad de la escala variable de pago sea publicada en el Localizador en línea de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA?

- El Localizador informará a los clientes potenciales que llamen a la instalación para obtener información sobre elegibilidad.
- No aplica para las instalaciones de la Administración de Veteranos.

1 Sí

0 No

***A23. ¿Ofrece esta instalación tratamiento sin costo o con pago mínimo (por ejemplo, \$1) para los clientes que no pueden pagar?**

- No aplica para las instalaciones de la Administración de Veteranos.

1 Sí

0 No → PASE A A24 (ENCIMA DE PRÓXIMA COLUMNA)

A23a. ¿Quiere que la disponibilidad de cuidado sin costo u con pago mínimo (por ejemplo, \$1) para clientes elegibles sea publicada en el Localizador en línea de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA?

- El Localizador informará a los clientes potenciales que llamen a la instalación para obtener información sobre elegibilidad.
- No aplica para las instalaciones de la Administración de Veteranos.

1 Sí

0 No

***A24. ¿Cuáles de los siguientes tipos de pagos de clientes, seguro, o financiamiento son aceptados por esta instalación para los servicios de tratamiento de salud mental?**

MARQUE "SÍ," "NO" O "NO SÉ" EN CADA UNA

SÍ NO NO SÉ

- | | SÍ | NO | NO SÉ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Efectivo o pago personal..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 2. Seguro médico privado..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 3. Medicare..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 4. Medicaid..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 5. Seguro médico financiado por el estado distinto de Medicaid..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 6. Fondos de agencia estatal de salud mental (o equivalente)..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 7. Fondos de asistencia social estatal o de agencia estatal para servicios de familia y de niños..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 8. Fondos de agencias correccionales estatales o de justicia juvenil..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 9. Fondos de agencias educativas estatales..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 10. Otros fondos del gobierno estatal.... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 11. Fondos del gobierno local o municipal..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 12. Subvenciones Comunitarias "Service Block"..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 13. Subvenciones Comunitarias "Block" de Salud Mental..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 14. Seguro Federal Militar (como TRICARE)..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 15. Fondos del Departamento de Veteranos de los Estados Unidos .. | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 16. Fondos de IHS/Tribales/Urbanos (ITU)..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 17. Otro..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| (Especifique: _____) | | | |

A25. ¿Por cuál de las siguientes organizaciones está autorizada, certificada, o acreditada esta instalación?

- *No incluya credenciales personales o licencias generales del negocio como la licencia del servicio de alimentación.*

MARQUE "SÍ," "NO," O "NO SÉ" EN CADA UNA

| | SÍ | NO | NO SÉ |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Autoridad estatal de salud mental ... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 2. Agencia estatal del abuso de sustancias..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 3. Departamento estatal de salud..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 4. Departamento estatal o local de Servicios de Familia y de Niños | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 5. Autoridad de licencia hospitalaria | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 6. La Comisión Conjunta..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 7. Comisión de Acreditación de Instalaciones de Rehabilitación (CARF)..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 8. Consejo de Acreditación (COA)..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 9. Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| 10. Otra organización nacional, o agencia federal, estatal o local | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | d <input type="checkbox"/> |
| (Especifique: _____) | | | |

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DE CONTEO DE CLIENTES/PACIENTES

Las preguntas B3 – B8 son acerca del número de clientes/pacientes en tratamiento en esta instalación durante fechas específicas.

Por favor verifique bien las fechas especificadas, ya que las preguntas pedirán un conteo de un solo día, de un mes, o de 12 meses.

Incluya TODOS los clientes/pacientes recibiendo tratamiento de salud mental en sus conteos, aún si un trastorno de salud mental es un diagnóstico secundario o todavía no se ha determinado formalmente.

B1. Aunque es preferible que reporte sólo los clientes/pacientes tratados en esta instalación, entendemos que esto no siempre es posible. ¿Incluirán los conteos de clientes/pacientes reportados en este cuestionario:

MARQUE SOLAMENTE UNA

- 1 Sólo esta instalación → **PASE A B3 (PRÓXIMA PÁGINA)**
- 2 Esta instalación más otras → **PASE A B2 (ABAJO)**
- 3 Otra instalación en la organización reportará el conteo de clientes/pacientes de esta instalación?

B1a. Por favor anote el nombre y número de teléfono de la instalación que reportará sus conteos de clientes/pacientes.

Nombre de la instalación: _____

Teléfono: (____) _____ - _____

Después de anotar el nombre y número de teléfono de la instalación en B1a → **PASE A C1 (PÁGINA 12)**

B2. ¿Cuántas instalaciones serán incluidas en el conteo de clientes/pacientes reportado?

| | |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| ESTA INSTALACIÓN | 1 |
| + INSTALACIONES ADICIONALES | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |
| <hr style="border: 1px solid black;"/> | |
| = TOTAL INSTALACIONES | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |



En la página 13 de este cuestionario, anote el nombre, y dirección física de cada instalación incluida en sus conteos de clientes/pacientes. Si prefiere, le contactaremos por una lista de las otras instalaciones incluidas en sus conteos de clientes/pacientes.

CONTINÚE CON PREGUNTA B3 (ENCIMA DE PRÓXIMA PÁGINA)

CONTEO DE PACIENTES: PACIENTES HOSPITALIZADOS DE 24-HORAS

B3. El 30 de abril de 2018, ¿recibió algún paciente tratamiento de salud mental de paciente hospitalizado de 24 horas en esta instalación, en este lugar?

- 1 Sí → PASE A B3a (ENCIMA DE PRÓXIMA COLUMNA)
- 0 No → PASE A B4 (ENCIMA DE PRÓXIMA PÁGINA)

B3a. El 30 de abril de 2018, ¿cuántos pacientes recibieron tratamiento de salud mental de paciente hospitalizado de 24 horas en esta instalación?

- **NO** cuente familiares, amigos u otros pacientes sin tratamiento.

CUADRO TOTAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

| |
|--|
| |
|--|

CONTINÚE CON PREGUNTA B3b (ABAJO)

B3b. Para cada categoría abajo, por favor proporcione un desglose de los Pacientes Hospitalizados reportados en el CUADRO TOTAL en B3a arriba. Use ya sea números O porcentajes, lo que sea más conveniente.

- Si se usan números—cada categoría debe ser igual al número reportado en el CUADRO TOTAL de B3a arriba
- Si se usan porcentajes—cada categoría debe ser igual a 100%.

| | | NÚMERO | O | POR CIENTO |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------|------|----------------------|
| GÉNERO | Masculino..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Femenino..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | TOTAL DE CATEGORÍA: (Debe ser igual a B3a o 100%) | <input type="text"/> | | 100% |
| | | | | |
| EDAD | 0 – 17..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | 18 – 64..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | 65 o mayor..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | TOTAL DE CATEGORÍA: (Debe ser igual a B3a o 100%) | <input type="text"/> | | 100% |
| ETNICIDAD | Hispana o latina..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | No hispana o latina..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Desconocida o no recopilada..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | TOTAL DE CATEGORÍA: (Debe ser igual a B3a o 100%) | <input type="text"/> | | 100% |
| RAZA | Indígena Estadounidense o Nativa de Alaska..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Asiática..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Negra o Africana-Americana..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Nativa de Hawái o de Otras Islas del Pacífico..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Blanca..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Dos razas o más..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Desconocida o no recopilada..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| TOTAL DE CATEGORÍA: (Debe ser igual a B3a o 100%) | <input type="text"/> | | 100% | |
| SITUACIÓN JURÍDICA | Voluntaria..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Involuntaria, no forense..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Involuntaria, forense..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | TOTAL DE CATEGORÍA: (Debe ser igual a B3a o 100%) | <input type="text"/> | | 100% |

B3c. El 30 de abril de 2018 ¿cuántas camas de paciente hospitalizado fueron designadas específicamente para proporcionar tratamiento de salud mental en esta instalación?

NÚMERO DE CAMAS

| |
|--|
| |
|--|

(Si ninguna, escriba '0')

CONTEO DE CLIENTES: RESIDENCIALES DE 24-HORAS (NO HOSPITALARIOS)

B4. El 30 de abril de 2018, ¿recibió algún cliente tratamiento de salud mental de residencial de 24 horas en esta instalación, en este lugar?

- 1 Sí → PASE A B4a (ENCIMA DE PRÓXIMA COLUMNA)
- 0 No → PASE A B5 (ENCIMA DE PRÓXIMA PÁGINA)

B4a. El 30 de abril de 2018, ¿cuántos clientes recibieron tratamiento de salud mental de residencial de 24 horas en esta instalación?

- **NO** cuente familiares, amigos u otros pacientes sin tratamiento.

CUADRO TOTAL DE CLIENTES RESIDENCIALES

CONTINÚE CON PREGUNTA B4b (ABAJO)

B4b. Para cada categoría abajo, por favor proporcione un desglose de los Clientes Residenciales reportados en el CUADRO TOTAL de B4a arriba. Use ya sea números O porcentajes, lo que sea más conveniente.

- Si se usan números—cada categoría debe ser igual al número reportado en el CUADRO TOTAL de B4a arriba.
- Si se usan porcentajes—cada categoría debe ser igual a 100%.

| | | NÚMERO | O | POR CIENTO |
|--------------------|----------------------------------------------------------|----------------------|---|----------------------|
| GÉNERO | Masculino..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Femenino..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | TOTAL DE CATEGORÍA: (Debe ser igual a B4a o 100%) | <input type="text"/> | | 100% |
| EDAD | 0 – 17..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | 18 – 64..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | 65 o mayor..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | TOTAL DE CATEGORÍA: (Debe ser igual a B4a o 100%) | <input type="text"/> | | 100% |
| ETNICIDAD | Hispana o latina..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | No hispana o latina..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Desconocida o no recopilada..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | TOTAL DE CATEGORÍA: (Debe ser igual a B4a o 100%) | <input type="text"/> | | 100% |
| RAZA | Indígena Estadounidense o Nativa de Alaska..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Asiática..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Negra o Africana-Americana..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Nativa de Hawái o de Otras Islas del Pacífico..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Blanca..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Dos razas o más..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Desconocida o no recopilada..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | TOTAL DE CATEGORÍA: (Debe ser igual a B4a o 100%) | <input type="text"/> | | 100% |
| SITUACIÓN JURÍDICA | Voluntaria..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Involuntaria, no forense..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Involuntaria, forense..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | TOTAL DE CATEGORÍA: (Debe ser igual a B4a o 100%) | <input type="text"/> | | 100% |

B4c. El 30 de abril de 2018, ¿cuántas camas residenciales fueron designadas específicamente para proporcionar tratamiento de salud mental en esta instalación?

NÚMERO DE CAMAS

(Si ninguna, escriba '0')

CONTEO DE CLIENTES: CUIDADO DE MENOS DE 24-HORAS (INCLUYA CLIENTES AMBULATORIOS Y DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL/TRATAMIENTO DIURNO)

B5. Durante el mes de abril de 2018, ¿recibió algún cliente tratamiento de salud mental de menos de 24 horas en esta instalación, en este lugar?

INCLUYA CLIENTES AMBULATORIOS Y DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL/TRATAMIENTO DIURNO EN ESTA PÁGINA.

- Sí → PASE A B5a (ENCIMA DE PRÓXIMA COLUMNA)
- No → PASE A B6 (ENCIMA DE PRÓXIMA PÁGINA)

B5a. Durante el mes de abril de 2018, ¿cuántos clientes recibieron tratamiento de salud mental de menos de 24 horas en esta instalación?

- **SÓLO INCLUYA** aquellos vistos en esta instalación por lo menos una vez durante el mes de abril, **Y que todavía estuvieron inscritos en tratamiento el 30 de abril de 2018.**
- **NO** cuente familiares, amigos u otras personas sin tratamiento.

CUADRO TOTAL DE CLIENTES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZACIÓN PARCIAL/TRATAMIENTO DIURNO

| |
|--|
| |
|--|

CONTINÚE CON PREGUNTA B5b (ABAJO)

B5b. Para cada categoría abajo, por favor proporcione un desglose de los Clientes en Cuidado de Menos de 24-Horas reportados en el CUADRO TOTAL de B5a arriba. Use ya sea números O porcentajes, lo que sea más conveniente.

- Si se usan números—cada categoría debe ser igual al número reportado en el CUADRO TOTAL de B5a arriba.
- Si se usan porcentajes—cada categoría debe ser igual a 100%.

| | | NÚMERO | O | POR CIENTO |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------|------|----------------------|
| GÉNERO | Masculino | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Femenino | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | TOTAL DE CATEGORÍA: (Debe ser igual a B5a o 100%) | <input type="text"/> | | 100% |
| EDAD | 0 – 17 | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | 18 – 64 | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | 65 o mayor | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | TOTAL DE CATEGORÍA: (Debe ser igual a B5a o 100%) | <input type="text"/> | | 100% |
| ETNICIDAD | Hispana o latina | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | No hispana o latina | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Desconocida o no recopilada | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | TOTAL DE CATEGORÍA: (Debe ser igual a B5a o 100%) | <input type="text"/> | | 100% |
| RAZA | Indígena Estadounidense o Nativa de Alaska..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Asiática | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Negra o Africana-Americana | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Nativa de Hawái o de Otras Islas del Pacífico | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Blanca | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Dos razas o más | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Desconocida o no recopilada | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| TOTAL DE CATEGORÍA: (Debe ser igual a B5a o 100%) | <input type="text"/> | | 100% | |
| SITUACIÓN JURÍDICA | Voluntaria | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Involuntaria, no forense..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Involuntaria, forense | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | TOTAL DE CATEGORÍA: (Debe ser igual a B5a o 100%) | <input type="text"/> | | 100% |

TODOS LOS ENTORNOS DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

Incluyendo Paciente Hospitalizado de 24-horas, Residencial de 24-Horas (no-hospitalario), y Ambulatorio de Menos de 24-Horas y Hospitalización Parcial/Tratamiento Diurno

B6. El 30 de abril de 2018, ¿aproximadamente qué porcentaje de los clientes/pacientes de tratamiento de salud mental inscritos en esta instalación tenían diagnósticos co-ocurrentes de trastornos mentales y de uso de sustancias?

POR CIENTO CON
DIAGNÓSTICO
CO-OCURRENTE

%

(Si ninguno,
escriba '0')

B7. Durante el período de 12 meses del 1 de mayo de 2017 hasta el 30 de abril de 2018, ¿cuántos ingresos, reingresos y transferencias entrantes de tratamiento de salud mental tuvo esta instalación? *Excluya regresos de ausencias no autorizadas, como un escape, ausencias sin aviso o AWOL por sus siglas en inglés, o fugas.*

- **SI LOS DATOS DE ESTE PERÍODO DE TIEMPO NO ESTÁN DISPONIBLES:** Use el período de 12 meses más reciente por lo cual hay datos disponibles.
- **CLIENTES AMBULATORIOS:** Considere cada inicio a un curso de tratamiento como un ingreso. Cuente ingresos al tratamiento, no visitas de tratamiento individuales.
- **CUANDO UN TRASTORNO DE SALUD MENTAL ES UN DIAGNÓSTICO SECUNDARIO:** Cuente todos los ingresos en los cuales clientes/pacientes recibieron tratamiento de salud mental.

NÚMERO DE INGRESOS DE
TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL
DURANTE UN PERÍODO DE 12 MESES

(Si ninguno,
escriba '0')

B8. ¿Qué porcentaje de los ingresos reportados en la pregunta B7 arriba fueron veteranos militares. Por favor proporcione su mejor estimación.

POR CIENTO DE
VETERANOS
MILITARES

%

(Si ninguno,
escriba '0')

SECCIÓN C: INFORMACIÓN GENERAL

C1. Si es elegible, ¿quiere esta instalación ser incluida en el Localizador en línea de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA?

- El Localizador se puede encontrar en: <https://findtreatment.samhsa.gov>

1 Sí

0 No → PASE A C2 (ABAJO)

C1a. Para aumentar la conciencia pública de servicios de salud mental, puede que SAMHSA comparta información de contacto de las instalaciones con buscadores de Internet de gran disponibilidad comercial, como Google, Bing, Yahoo!, etc. ¿Quiere usted que la información de contacto de su instalación sea compartida en estos buscadores de Internet?

- La información a ser compartida sería: nombre y dirección de la instalación, número de teléfono, y dirección de sitio de Internet.

1 Sí

0 No

C2. ¿Quién fue la persona principalmente responsable por completar este formulario?

Esta información solamente será utilizada si necesitamos comunicarnos con usted acerca de las respuestas. Ésta no será publicada.

MARQUE SOLAMENTE UNA

1 Srta. 2 Sra. 3 Sr. 4 Dr. 5 Otro (Especifique: _____)

Nombre: _____

Título: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____ Ext. _____

Número de Fax: (_____) _____ - _____

Correo Electrónico: _____

Correo Electrónico de la Instalación: _____

INSTALACIONES ADICIONALES INCLUIDAS EN LOS CONTEOS DE CLIENTES/PACIENTES

Complete esta sección si reportó clientes/pacientes para esta instalación además de instalaciones adicionales, según lo indicado en la Pregunta B2.

Para cada instalación adicional, por favor marque si esa instalación ofrece tratamiento de paciente hospitalizado, residencial, ambulatorio y/o de hospitalización parcial/tratamiento diurno en ese lugar.

NOMBRE DE INSTALACIÓN _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____

ESTADO: _____ CÓDIGO: _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO DE LA INSTALACIÓN: _____

PACIENTE HOSPITALIZADO RESIDENCIAL AMBULATORIO

HOSPITALIZACIÓN PARCIAL/TRATAMIENTO DIURNO

NOMBRE DE INSTALACIÓN _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____

ESTADO: _____ CÓDIGO: _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO DE LA INSTALACIÓN: _____

PACIENTE HOSPITALIZADO RESIDENCIAL AMBULATORIO

HOSPITALIZACIÓN PARCIAL/TRATAMIENTO DIURNO

NOMBRE DE INSTALACIÓN _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____

ESTADO: _____ CÓDIGO: _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO DE LA INSTALACIÓN: _____

PACIENTE HOSPITALIZADO RESIDENCIAL AMBULATORIO

HOSPITALIZACIÓN PARCIAL/TRATAMIENTO DIURNO

NOMBRE DE INSTALACIÓN _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____

ESTADO: _____ CÓDIGO: _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO DE LA INSTALACIÓN: _____

PACIENTE HOSPITALIZADO RESIDENCIAL AMBULATORIO

HOSPITALIZACIÓN PARCIAL/TRATAMIENTO DIURNO

NOMBRE DE INSTALACIÓN _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____

ESTADO: _____ CÓDIGO: _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO DE LA INSTALACIÓN: _____

PACIENTE HOSPITALIZADO RESIDENCIAL AMBULATORIO

HOSPITALIZACIÓN PARCIAL/TRATAMIENTO DIURNO

NOMBRE DE INSTALACIÓN _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____

ESTADO: _____ CÓDIGO: _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO DE LA INSTALACIÓN: _____

PACIENTE HOSPITALIZADO RESIDENCIAL AMBULATORIO

HOSPITALIZACIÓN PARCIAL/TRATAMIENTO DIURNO

Si necesita espacio adicional, por favor continúe en la próxima página

CUALQUIER COMENTARIO ADICIONAL

**Gracias por su participación. Por favor devuelva este cuestionario en el sobre adjuntado.
Si ya no tiene el sobre, por favor envíe este cuestionario a:**

MATHEMATICA POLICY RESEARCH
ATTN: RECEIPT CONTROL - Project 50345_1
P.O. Box 2393
Princeton, NJ 08543-2393

PROMESA A LOS PARTICIPANTES: La información que proporcione será protegida en toda la extensión permitida bajo la Ley de Servicio de Salud Pública (42 USC 290aa(p)). Esta ley permite la publicación de información de identificación sobre un centro sólo con el consentimiento de dicho establecimiento y limita el uso de la información a los fines para los que fue facilitada. Con el consentimiento explícito de las instalaciones de tratamiento elegibles, la información proporcionada en respuesta a las preguntas de la encuesta marcadas con un asterisco se publicará en el Localizador en línea de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA, el *Directorio Nacional de Instalaciones para el Tratamiento de la Salud Mental* y otros listados de disponibilidad pública. Las respuestas a preguntas sin asterisco se publicarán sin enlace directo a las instalaciones de tratamiento individuales.

Declaración del Estimado de Tiempo: 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 válido de la OMB. El número de control de la OMB para este proyecto es 0930-0119. El tiempo para esta recopilación de información se estima en un promedio de 45 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 este estimado o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo que toma, a SAMHSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 15E57-B, Rockville, Maryland 20857.