



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

EVALUACION DE SALUD MENTAL ENTRE SISTEMAS / VIVIENDAS ASEGURADAS ¿Necesita intérprete?
INSTRUCCIONES: EL PERSONAL LLENARÁ ESTE FORMULARIO PARA INTERNOS QUE LLEGAN DE INSTALACIONES QUE NO SON DEL DOC O QUE ESTÁN COLOCADOS EN VIVIENDAS RESTRINGIDAS.

FECHA:	RECIBIDO DE: <input type="checkbox"/> Fuera del edo. <input type="checkbox"/> Detención federal	INSTALACION RECIBIDORA:
	<input type="checkbox"/> Cárcel <input type="checkbox"/> Otro:	

- ¿Alguna vez usted ha recibido terapia o medicamentos por problemas de salud mental y/o ha intentado suicidarse? Sí No
(Si sí): Núm. veces hospitalizado: _____ Más reciente: _____
(Si sí) Paciente externo: Tratamiento actual Recomendado/requerido actualmente, pero no asiste
 Tratamiento anterior Sólo en el ámbito correccional
(Si sí) ¿Toma medicamentos en la actualidad? Sí No
(Si sí) ¿Última vez los tomó? _____
- ¿Le han dicho a Ud. que tiene un diagnóstico de salud mental? Sí No
 Se informó: Depresión Ansiedad Bipolar Esquizofrenia Psicosis ADD/ADHD
 PTSD Otro (describa): _____
 Via Por un aviso recibido Autoinforme Observado ≥ 1 indicador de un problema de salud
- ¿Cree Ud. que necesita servicios de salud mental ahora? Sí No
(Si sí) Describa: _____
- ¿Alguna vez trató de lastimarse o suicidarse? Sí No
(Si sí): a) ¿Cuántas veces? _____ b) ¿Cuándo fue la última vez? _____
 c) ¿Qué pasó después? Nada Tratamiento médico Hospitalizado por razones _____
- ¿Alguna vez intentó provocar a otros a matarlo (p.ej., suicidio por policía)? Sí No
- ¿Usted piensa en lastimarse o suicidarse en este momento? Sí No
- ¿Alguna vez usted ha sido noqueado hasta inconsciencia por más de 30 minutos? Sí No
(Si sí) Cuantas veces ha sido noqueado o ha perdido la consciencia? _____ (Remita a servicios TBI)
- Limpio y sobrio, ¿Ha oído o visto cosas que otras personas no oyeron o vieron? Sí No
(Si sí) a) Describa: _____
(Si sí) b) ¿Le dicen a usted se debe lastimarse a sí mismo u otra persona? Sí No
- ¿Alguna vez ha sido maltratado usted, incluyendo estando en la cárcel o en la prisión? Sí No
(Si sí) Emocionalmente Físicamente Sexualmente
- Bajo presión, ¿Sería difícil que usted dijera "no" y se alejara? Sí No
- ¿Cuándo fue la última vez que Ud. usó alcohol, marihuana, drogas ilegales/recetadas? _____
 Droga preferida: _____ ¿Recibió tratamiento de drogas? Sí No
- ¿Le es difícil leer y escribir? Sí No
 ¿Tiene historial de educación especial? Sí No

OBSERVACIONES

Apariencia: Toleradamente aseado Desarreglado Mala higiene/maloliente Andar
 Alerta/orientado Desorientado/confundido Cicatriz/tatuajes Mala dentadura Otro:

Comportamiento: Efecto retirado/plano Extraño/raro Nervioso/inquieto Lento para responder
 Corriente Expresión inapropiada Temblores Habla rápido/presionado Otro:

Actitud: Fácilmente distraído Sospechoso Ansioso Hostil/a la defensiva
 Cooperador Manipulativo Tangencial Evasivo/cauteloso Otro:

DISPOSICION Vivienda: Población general COA RTU/TEC Clave S: _____

Remitido para evaluación mental: 24 horas/Urgente Programado de manera rutinaria Prioridad: _____

Remisión a Servicios TBI Notificado

Aviso de vivienda: Víctima potencial (entre en OMNI) Avisado

Nombre en letra de molde: _____ Título: _____ Firma: _____

Las leyes estatales y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de quien se trata, o según permita la ley.

DISTRIBUCION: Original – Archivos médicos; Copias – Salud mental (2), Recepción CUS, SOTP (cuando aplica)