

PROYECTO #

# Registro de la visita de grupo

OMB No. 0930-0270  
Fecha de vencimiento 07/31/2022

Nombre del proveedor

Proveedor #

Fecha del servicio (dd/mm/año)

Condado del servicio

1er empleado #

2do empleado #

Código postal del servicio

## TIPO DE SERVICIO (elijá una opción antes de completar este registro)

- CONSEJERÍA EN GRUPO EN TIEMPOS DE CRISIS (una reunión de grupo donde los participantes fueron los que hablaron la mayor parte del tiempo)
- EDUCACIÓN PÚBLICA (una presentación o una reunión de grupo donde USTED habló la mayor parte del tiempo)

## CARACTERÍSTICAS DE LA VISITA

### UBICACIÓN DEL SERVICIO (elijá solo una opción)

- Escuelas y guarderías (todas las edades hasta la universidad)
- Centro comunitario (ej., club de recreación)
- Sitio del proveedor/agencia de salud mental (agencia que trabaja con el CCP)
- Lugar de trabajo (lugar de trabajo del sobreviviente del acontecimiento catastrófico o del personal de intervención de primera línea)
- Centro de recuperación de desastres o catástrofes (ej., la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA] y la Cruz Roja Americana)
- Lugar de culto (ej., iglesia, sinagoga, mezquita)
- Hogar (residencia temporal o permanente, incluso hogar de un familiar o amigo, hogares funcionales de grupo como casas, apartamentos, casas rodantes y otras viviendas)
- Comercios (ej., restaurante, centro comercial, tienda)
- Centro médico (ej., doctor, dentista, hospital, centro especializado en el tratamiento del abuso de sustancias)
- Lugar o evento público (ej., calle, acera, plaza de la ciudad, feria, festival, evento deportivo)
- Otro (especifique en esta casilla)
- 

### NÚMERO DE SESIÓN (elijá una opción)

- Primera sesión de grupo con expectativa de reunirse una vez
- Primera sesión del grupo con expectativa de reunirse más de una vez
- Segunda sesión o más del grupo

### NÚMERO DE PARTICIPANTES—CALCULE POR FAVOR

Menores de 18 años  Entre los 18 y 64 años  Mayores de 65 años  **TOTAL**

**DURACIÓN**  15-29 minutos  30-44 minutos  45-59 minutos  60 minutos o más

## IDENTIDADES DEL GRUPO (elijá solo una opción)

Estaba el grupo compuesto **SOLO** o **CASI SOLO** de:

- ¿Niños o jóvenes (menores de 18 años)? SELECCIONE en caso afirmativo.
- ¿Sobrevivientes adultos (adultos que estuvieron directamente afectados por el acontecimiento catastrófico)? SELECCIONE en caso afirmativo.
- ¿Trabajadores de seguridad pública y personal de intervención de primera línea (ej., policía, bomberos, servicios médicos de emergencia, rescatistas)? SELECCIONE en caso afirmativo.
- ¿Otros trabajadores de recuperación (ej., de atención médica, relevo de catástrofes, servicios sociales)? SELECCIONE en caso afirmativo.
- ¿Estaba el grupo compuesto de una mezcla de los anteriores o de ninguno de los anteriores (es decir, ninguna identidad clara del grupo)? SELECCIONE en caso afirmativo.

**Raza/etnia de los participantes en esta visita (seleccione todas las opciones que correspondan)**

- Indígena americano o nativo de Alaska       Asiático       Negro o afroamericano  
 Nativo de Hawái o isleño del Pacífico       Blanco       Hispano o latino

**Si alguno de los participantes tenía una discapacidad u otra necesidad de accesibilidad o funcional, indique el tipo (seleccione todas las opciones que correspondan).**

- Física (movilidad, visual, auditiva, médica, etc.)       Intelectual/cognitiva (problemas de aprendizaje, retraso en el desarrollo, etc.)       Salud mental/abuso de sustancias (problema psiquiátrica, dependencia de sustancia, etc.)

**ENFOQUE DE LA SESIÓN DE GRUPO (seleccione todas las opciones que correspondan)**

**INFORMACIÓN/EDUCACIÓN SOBRE:**

- Reacciones ante el acontecimiento catastrófico       Recursos en la comunidad       Este programa de consejería en tiempos de crisis

**CONSEJOS PARA:**

- Reducir los pensamientos negativos       Manejar las reacciones físicas y emocionales (ej., técnicas de respiración)       Hacer cosas positivas       Solucionar los problemas

**CONEXIONES SANAS:**

- Apoyo mutuo/creación de redes sociales       Participación en acciones comunitarias       Otro (especifique en la casilla)

¿Se les entregaron volantes, folletos u otros materiales a los participantes?    **SÍ**     **NO**

Nombre del revisor

Firma

Fecha de la revisión

**INSTRUCCIONES: REGISTRO DE LA VISITA DE GRUPO**

**Cuándo utilizar este formulario:**

1. Llene este formulario inmediatamente después de la visita de grupo. **LLENE SOLAMENTE UN FORMULARIO POR GRUPO.**
2. Las sesiones de grupo involucran por lo menos dos o más participantes que no están relacionados entre sí (sin incluir el personal).
3. No utilice este formulario para familias. Utilice el "Registro de visita individual o familiar para servicios de consejería en tiempos de crisis"

PROYECTO #—Número de declaración de desastre de FEMA, ej., DR-XXXX-Estado.

NOMBRE DEL PROVEEDOR—El nombre del programa o de la agencia que ofrece los servicios.

PROVEEDOR #—El número único que usa su programa o agencia para otorgar servicios..

1er EMPLEADO #—Su número de empleado (debe ser numérico y no más de 6 dígitos.)

2do EMPLEADO #—El número de empleado de su compañero de equipo durante esta visita (debe ser numérico y no más de 6 dígitos.)

FECHA DEL SERVICIO—La fecha de la visita en el formato día/mes/año, ej., 01/01/2016.

CONDADO DEL SERVICIO—El condado o parroquia donde se reunió el grupo.

CÓDIGO POSTAL DEL SERVICIO—El código postal de la ubicación donde se llevó a cabo la visita.

TIPO DE SERVICIO (ELIJA UNA SOLA OPCIÓN)—Consejería de grupo en tiempos de crisis o educación pública

LOS DATOS EN ESTE REGISTRO NO SE PUEDEN INGRESAR NI CONTAR A MENOS QUE USTED INDIQUE EL TIPO DE SERVICIO.

La consejería de grupo en tiempos de crisis se refiere a los servicios que ayudan a los miembros del grupo a entender su situación actual y sus reacciones ante el acontecimiento catastrófico, revisar o discutir sus opciones, obtener servicios de ayuda emocional o de remisión y desarrollar o mejorar habilidades para enfrentar su situación actual y sus reacciones. En la consejería de grupo, los participantes hablan la mayor parte del tiempo

La educación pública se refiere a los servicios que ofrecen educación psicológica general a los sobrevivientes sobre los servicios disponibles en caso de un acontecimiento catastrófico y los conceptos clave relacionados con el comportamiento saludable en tiempos de crisis. Las actividades comunes en esta categoría incluyen, pero no se limitan a, discursos públicos en los foros de la comunidad, reuniones de grupo en servicio y reuniones del gobierno local. En educación pública, el consejero habla la mayor parte del tiempo.

UBICACIÓN DEL SERVICIO—¿En dónde se llevó a cabo la visita? ELIJA SOLO UNA OPCIÓN.

NÚMERO DE SESIÓN—Marque la casilla al lado de la opción que corresponde a cuántas veces se ha reunido y se reunirá el grupo. ELIJA SOLO UNA OPCIÓN.

NÚMERO DE PARTICIPANTES—Use las cuatro casillas para informar la cantidad de participantes (sin incluir el personal) y calcule la distribución por edad. Por ejemplo, para siete participantes, ninguno adolescentes, tres adultos menores de 65 años y cuatro adultos mayores, escriba en 0, 3, 4, 7.

DURACIÓN—¿Cuánto tiempo duró su visita? ELIJA SOLO UNA OPCIÓN. Si duró menos de 15 minutos, use el formulario de “Hoja de cómputo” semanal.

IDENTIDADES DEL GRUPO—Esto refiere a las posibles identidades o papeles que los miembros del grupo pudieron compartir como grupo. “Solo” o “casi solo” significa que la mayoría de los miembros del grupo compartieron la característica mencionada. Por ejemplo, un grupo enfocado en niños, y donde había muy pocos adultos presentes, cumpliría la definición de un grupo integrado “solo” o “casi solo” por niños. Los grupos no necesariamente tienen que tener una identidad. Si es así, seleccione la última casilla.

RAZA/ETNIA—De acuerdo con sus observaciones y su conversación con los participantes, ¿con qué raza/etnia piensa usted que los participantes se identifican? SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN. Si los participantes son de más de una raza/etnia, debe indicar todas las razas/etnias que usted crea que están representadas. En el caso de una visita familiar, si hay más de una raza/etnia representada, debe indicar todas las razas/etnias que cree que están representadas.

PERSONAS CON DISCAPACIDADES U OTRAS NECESIDADES DE ACCESIBILIDAD O FUNCIONALES—De acuerdo con sus observaciones y conversaciones con los participantes, ¿tiene alguna persona una discapacidad física, intelectual, mental o abuso de sustancias? SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.

- Física: Incluye trastornos que deterioran la movilidad, la vista y la audición, así como afecciones médicas, tales como diabetes, lupus, Parkinson, SIDA o esclerosis múltiple (EM).
- Intelectual/cognitiva: Incluye problemas de aprendizaje, defectos de nacimiento, trastornos neurológicos, problemas de desarrollo o lesiones traumáticas cerebrales (ej., síndrome de Down).
- Salud mental/abuso de sustancias: Incluye trastornos psiquiátricos como trastorno bipolar, trastorno por estrés postraumático, depresión, esquizofrenia y dependencia de sustancia.

ENFOQUE DE LA SESIÓN DE GRUPO—¿Cuál es el enfoque de esta sesión o visita? SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN. Si el enfoque para el grupo es diferente de las categorías listadas, seleccione “OTRO,” y llene el espacio en blanco con el propósito primario.

MATERIALES DISTRIBUIDOS—¿Dejó algún material con los participantes? Esto se refiere a folletos, volantes, hojas informativas sobre el programa de consejería en tiempos de crisis u otros materiales impresos. SELECCIONE SOLO UNA OPCIÓN (Sí o No).

REVISOR—Líder del grupo o supervisor directo que revisa si el formulario se llenó correctamente y en su totalidad para luego colocar la fecha y firmar (fecha de revisión).

Sírvase entregar el formulario finalizado a la persona designada en su agencia para revisarlo y firmarlo.

**¡Gracias por haberse tomado el tiempo para llenar este formulario correctamente y en su totalidad!**

**Declaración de la Ley de Reducción de Trámites** Esta información se recopila para ayudar a la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés) con el monitoreo del Programa de Capacitación y Asistencia en Asesoramiento para Casos de Crisis de la FEMA. Se requiere que los asesores de crisis completen este formulario luego de la prestación de servicios de asesoramiento de crisis a los sobrevivientes de catástrofes (44 CFR 206.171 [F] [3]). La información recopilada a través de este formulario se utilizará a nivel agregado para determinar el alcance, la congruencia y la calidad del Programa de Capacitación y Asistencia en Asesoramiento para Casos de Crisis. Según la Ley de Privacidad de 1974, cualquier información de identificación personal obtenida se mantendrá en privado en la medida que lo dicta la ley. Una agencia no puede realizar ni patrocinar y una persona no está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. El número de control de la OMB para este proyecto es 0930-0270. Se calcula que la carga o tiempo que tomará esta recopilación de información es de un promedio de 5 minutos por cada visita, lo que incluye el tiempo para revisar las instrucciones, investigar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y llenar y revisar la recopilación de información. Envíe sus comentarios sobre el cálculo del tiempo de esta carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir la carga, a SAMHSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Ln, Room 15E57B, Rockville, MD 20857.