

PROYECTO #

# Registro de la visita de grupo

OMB No. 0930-0270  
Fecha de vencimiento 30/09/2018

Nombre del proveedor

Proveedor #

Fecha del servicio (dd/mm/año)

Condado del servicio

1er empleado #

2do empleado #

Código postal del servicio

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

- CONSEJERÍA EN GRUPO**  
(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 (elija 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 desastre o del personal de intervención de primera línea)
- Centro de recuperación de desastres (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 (elija 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 de edad  Entre los 18 y 64 años de edad  Mayores de 65 años de edad  **TOTAL**

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

## IDENTIDADES DEL GRUPO (elija 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 desastre)? SELECCIONE en caso afirmativo.
- ¿Trabajadores de seguridad pública y personal de intervención de primera línea (ej., policía, bomberos, servicios médicos de emergencia, rescate)? SELECCIONE en caso afirmativo.
- ¿Otros trabajadores de recuperación (ej., atención médica, relevo de desastres, 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.

**Grupo étnico (seleccione todas las opciones que correspondan)**

- Hispano o latino  Ni hispano o latino

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

- Indígena norteamericano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  
 Nativo de Hawái o isleño del Pacífico  Blanco

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

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

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

**INFORMACIÓN/EDUCACIÓN SOBRE:**

- Reacciones ante el desastre  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 visitas para los servicios de consejería de crisis para las personas individuales o las familias"

PROYECTO #—Número de declaración del desastre de FEMA, ej., DR-XXX-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 (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.

**CONSEJERÍA DE GRUPO EN TIEMPOS DE CRSIS o EDUCACIÓN PÚBLICA (ELIJA UNA SOLA OPCIÓN)**

**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 desastre, 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 desastres y los conceptos clave relacionados con el comportamiento saludable en tiempos de desastre. 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.

GRUPO ÉTNICO—De acuerdo con sus observaciones y conversaciones, ¿se identificó alguno de sus participantes como hispano/Latino?

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

PERSONAS CON DISCAPACIDADES U OTRAS NECESIDADES DE ACCESIBILIDAD O FUNCIONAL—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, un defecto de nacimiento, un trastorno neurológico, problemas de desarrollo o una lesión cerebral traumática, ej., síndrome de Down y retraso mental.
- Salud mental/abuso de sustancias: incluye trastornos psiquiátricos como trastorno bipolar, depresión o trastorno por estrés postraumático, (TEP), 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!**

Aviso sobre la carga pública: Una agencia no puede realizar o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una solicitud de información a menos que tenga un número de control actualmente válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). 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 4 minutos por visita o encuentro, 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, 1 Choke Cherry Road, Room 2-1057, Rockville, MD 20857.