

PROYECTO #

Registro de visita individual o familiar para servicios de consejería en tiempos de crisis

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 de área del servicio

TIPO DE LA VISITA (seleccione la casilla que corresponde)

NÚMERO DE PARTICIPANTES EN ESTA VISITA (ya sea visita individual, familiar o de todas las personas en un hogar)

Individual = 1 Familiar u del hogar (2 o más personas) = 2 3 4 5 6 o más

NÚMERO DE LA VISITA Primera Segunda visita Tercera visita Cuarta visita Quinta visita o más

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

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Número de HOMBRES por edad en esta visita (indique el # en la casilla)

Preescolares (0-5 años) Niños (6-11 años) Adolescentes (12-17 años) Adultos (18-39 años) Adultos (40-64 años) Adultos mayores (mayores de 65 años)

Número de MUJERES por edad en esta visita (indique el # en la casilla)

Preescolares (0-5 años) Niñas (6-11 años) Adolescentes (12-17 años) Adultas (18-39 años) Adultas (40-64 años) Adultas mayores (mayores de 65 años)

Número de PERSONAS TRANSGÉNERO por edad en esta visita (indique el # en la casilla)

Preescolares (0-5 años) Niños (6-11 años) Adolescentes (12-17 años) Adultos (18-39 años) Adultos (40-64 años) Adultos mayores (mayores de 65 años)

RAZA o ETNIA 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 Hispano o latino

IDIOMA principal que se habló durante esta visita (elijá solo una opción)

Inglés Español Otro (especifique en la casilla)

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 (de 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.)

UBICACIÓN DEL SERVICIO (elijá solo una opción)

- Escuela o guardería (todas las edades hasta la universidad) Hogar temporal (incluso hogar de un familiar o amigo, hogares funcionales de grupo, refugios, apartamentos, casas rodantes y otros tipos de vivienda)
- Centro comunitario (ej., club de recreación) SI HOGAR TEMPORAL: SELECCIONE ESTA CASILLA SI ALGÚN NIÑO MENOR DE 18 AÑOS VIVE ALLÍ.
- Sitio del proveedor o de la agencia de salud mental (agencia que trabaja con el CCP) Hogar permanente
- Lugar de trabajo (lugar de trabajo del sobreviviente del acontecimiento catastrófico o del personal de intervención de primera línea) SI HOGAR PERMANENTE: SELECCIONE ESTA CASILLA SI ALGÚN NIÑO MENOR DE 18 AÑOS VIVE ALLÍ.
- Centro de recuperación de desastres o catástrofes (ej., la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA] y la Cruz Roja Americana) Consejería por teléfono (de 15 minutos o más)
- Lugar de culto (ej., iglesia, sinagoga, mezquita) **Marque aquí si es una LÍNEA DE AYUDA O LÍNEA PARA SITUACIONES DE CRISIS.**
- Comercios (ej., restaurante, centro comercial, tienda) Centro médico (ej., doctor, dentista, hospital, centro de salud mental o 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 la casilla)

CATEGORÍAS DE RIESGO (seleccione todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Familiar desaparecido o muerto | <input type="checkbox"/> Herido o lesionado físicamente (la persona o miembros del hogar) | <input type="checkbox"/> Evacuado rápidamente sin tiempo para prepararse |
| <input type="checkbox"/> Amigo desaparecido o muerto | <input type="checkbox"/> Amenaza de vida (de la persona o algún miembro del hogar) | <input type="checkbox"/> Desplazado del hogar por 1 semana o más |
| <input type="checkbox"/> Mascota desaparecida o muerta | <input type="checkbox"/> Presenció la muerte o lesiones (la persona o un miembro del hogar) | <input type="checkbox"/> Tuvo que refugiarse en sitio o buscar refugio debido a amenaza inmediata de peligro |
| <input type="checkbox"/> Hogar dañado o destruido | <input type="checkbox"/> Asistió con el rescate/recuperación (de la persona o un miembro del hogar) | <input type="checkbox"/> Antecedentes de abuso de sustancias o problemas de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Vehículo u otros bienes importantes dañados o destruidos | <input type="checkbox"/> Tuvo que cambiar de escuela | <input type="checkbox"/> Discapacidad física preexistente |
| <input type="checkbox"/> Otras pérdidas financieras | <input type="checkbox"/> Separación prolongada de la familia | <input type="checkbox"/> Experiencia traumática anterior |
| <input type="checkbox"/> Desempleado por el acontecimiento catastrófico (la persona o algún miembro del hogar) | | |

REACCIONES ANTE EL ACONTECIMIENTO

Indique el número total de participantes que experimentan reacciones ante el acontecimiento. 1 2 3 4 5 6 o más

CONDUCTUALES

- cambio extremo en el nivel de actividad
- uso excesivo de las drogas o del alcohol
- aislamiento/retiro
- en guardia/supervigilante
- agitación o nerviosismo
- comportamiento violento o peligroso
- actos de in madurez para la edad (niños o jóvenes)

EMOCIONALES

- tristeza, ganas de llorar
- irritabilidad, enojo
- ansiedad, temor
- desesperación, desesperanza
- sensaciones de culpabilidad o vergüenza
- entumecimiento, desconexión

FÍSICAS

- dolores de cabeza
- problemas de estómago
- dificultad para conciliar el sueño o dormir sin interrupción
- problemas de alimentación
- empeoramiento de los problemas de salud
- fatiga, agotamiento

COGNITIVAS

- sueños angustiosos, pesadillas
- pensamientos e imágenes no deseados
- problemas de concentración
- dificultad para recordar las cosas
- dificultad para tomar decisiones
- preocupado por la muerte o destrucción

ESTÁ AFRONTANDO BIEN LA SITUACIÓN: NINGUNA DE LAS ANTERIORES OPCIONES CORRESPONDE (Si no hay participantes que experimentan las reacciones anteriormente mencionadas, seleccione esta casilla.)

ENFOQUE DE LA VISITA (seleccione todos los que corresponden)

- 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 Manejo de las reacciones físicas y emocionales (ej., técnicas de respiración) Hacer cosas positivas Solucionar los problemas
- CONEXIONES SANAS:** Apoyo mutuo o creación de redes sociales Participación en acciones comunitarias Otro (especifique en la casilla)
-

MATERIALES DISTRIBUIDOS EN ESTA VISITA

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

REMISIÓN (seleccione todas las que se mencionaron)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Servicios del programa de consejería en tiempos de crisis (ej. terapia de grupo, remisión al líder del equipo, visita de seguimiento) | <input type="checkbox"/> Servicios comunitarios (ej., FEMA, préstamos, vivienda, empleo, servicios sociales) |
| <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental (ej., consejería profesional a largo plazo o servicios de tratamiento, de comportamiento o psiquiátricos) | <input type="checkbox"/> Recursos para personas con discapacidades u otras necesidades de accesibilidad o funcionales |
| <input type="checkbox"/> Servicios para el abuso de sustancias (ej., profesionales, conductuales, de tratamiento médico o grupos de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos) | <input type="checkbox"/> Otro (especifique en la casilla) |
-

NO SE HIZO NINGUNA REMISIÓN

Nombre del revisor

Firma

Fecha de la revisión

INSTRUCCIONES:

Registro de visita individual o familiar para servicios de consejería en tiempos de crisis

Cuándo utilizar este formulario:

Llene este formulario inmediatamente después de prestar el servicio individual, familiar o del hogar de consejería en tiempos de crisis.

1. Llene este formulario para cada individuo, familia u hogar que recibe servicios de consejería de 15 minutos o más.
2. Una visita individual, familiar o del hogar para consejería en tiempos de crisis se define como un contacto en donde la conversación va más allá de la educación y ayuda a comprender las reacciones y situaciones actuales, incluye revisar las opciones o abordar las necesidades de apoyo emocional o remisión.
3. Este formulario no está diseñado para usarse como una encuesta. No le pida al individuo ningún tipo de información en este formulario. Complete todos los puntos del formulario con base en sus observaciones y la información que recibió durante la visita.

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

NOMBRE DEL PROVEEDOR—El nombre del programa o de la agencia.

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

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

CONDADO DEL SERVICIO—Condado donde se prestó el servicio.

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

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

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

TIPO DE LA VISITA—¿Fue esa visita con una sola persona o con 2 o más personas que viven como una familia o en el mismo hogar (familia u hogar)?

VISITA NÚMERO—Con base en su conversación, ¿es la primera, segunda, tercera, cuarta, quinta visita o más de esta persona, familia u hogar a su programa? No es necesario que todas las visitas hayan sido con usted. ELIJA SOLO UNA OPCIÓN.

DURACIÓN—¿Cuánto tiempo duró su visita? ELIJA SOLO UNA OPCIÓN. Si la visita fue de *menos de 15 minutos*, registre la en la "Hoja de cómputo semanal".

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA—Para cada variable.

NÚMERO DE HOMBRES EN ESTA VISITA—Indique por favor la cantidad de hombres por edad que participaron en esta visita. (Debe escribir números en las casillas en lugar de seleccionarlos.)

NÚMERO DE MUJERES EN ESTA VISITA—Indique por favor la cantidad de mujeres por edad que participaron en esta visita. (Debe escribir números en las casillas en lugar de seleccionarlos.)

NÚMERO DE PERSONAS TRANSGÉNERAS EN ESTE ENCUENTRO—Indique por favor el número de personas transgénero por edad que participaron en esta visita. (Debe escribir números en las casillas en lugar de seleccionarlos.)

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 QUE CORRESPONDAN. Si los participantes son de más de una raza/etnia, debe indicar todas las razas/etnias que usted cree que están representadas. En el caso de un encuentro familiar, si hay más de una raza/etnia representada, debe indicar todas las razas/etnias que cree que están representadas.

IDIOMA PRINCIPAL QUE SE USÓ EN ESTA VISITA—¿Cuál fue el idioma que realmente usó y habló principalmente con esta persona o personas durante la visita? Esto puede ser diferente al idioma de preferencia. Si la respuesta es "OTRO" (ni inglés ni español, podría incluir el lenguaje de señas), escriba el idioma que se usó. (ELIJA SOLO UNA OPCIÓN.)

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

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

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

CATEGORÍAS DE RIESGO—Estos son factores que los participantes pudieron haber tenido o pueden tener presentes en su vida que podrían aumentar su necesidad de recibir servicios. PUEDE HABER MÁS DE UNA CATEGORÍA. SELECCIONE TODAS LAS CATEGORÍAS QUE CORRESPONDAN.

REACCIONES ANTE EL ACONTECIMIENTO—No utilice esto como una lista de comprobación durante esta visita. Complete esto con base en sus observaciones y la conversación DESPUÉS DE QUE preste el servicio. SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN. Si observa o escucha que los participantes no tienen ningún problema, seleccione la casilla "enfrentando bien la situación: ninguna de las anteriores opciones corresponde."

ENFOQUE DE LA VISITA—¿Cuál es el enfoque de la visita individual, familiar o en el hogar? SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN. Si el enfoque es diferente a las categorías listadas, elija "OTRO" y llene el espacio en blanco con el propósito primario.

MATERIALES DISTRIBUIDOS EN ESTA VISITA—¿Dejó materiales con el participante, la familia o en el hogar? Esto se refiere a materiales como folletos, volantes, hojas informativas u otro tipo de información impresa. ELIJA SOLO UNA OPCIÓN.

REMISIÓN—Con base en sus conversaciones, usted pudo haber referido a los participantes a otros servicios. En la casilla de REMISIÓN, seleccione todos los tipos de servicios a los que remitió a los participantes. Si usted hizo una remisión a un servicio que no aparece en la lista, seleccione la casilla donde dice "otro" y escriba el tipo específico de remisión.

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

Por favor entregue el formulario finalizado a la persona designada en su agencia para revisarlo.

¡Gracias por tomarse el tiempo para completar 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 8 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.