



# Lowell House, Inc.

Rebuilding Lives, Strengthening Our Community

- Programa de Conductores Discapacitados de Massachusetts (MID)

## Información del Nuevo Cliente

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Número de miembro: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

**Asegúrese de traer lo siguiente con usted en su primera cita:**

- Licencia de conducir / identificación
- Tarjeta de seguro
- Remisión (si corresponde)
- Cualquier información pertinente

Por favor, prepárate para que te tomen una foto.

**\*\* Asegúrese de firmar y fechar todas las páginas que tienen líneas de firma \*\***

**Lowell House, Inc.**  
**Evaluación Integral**  
**Programa de Educación sobre el alcohol para conductores**

N.º DE ESM \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

Mejor número de teléfono para contactarlo: \_\_\_\_\_

Fecha de arresto \_\_\_\_\_ Fecha de la condena \_\_\_\_\_ Medida de alcohol en la sangre (BAC) \_\_\_\_\_

Tribunal que lo condenó \_\_\_\_\_ Agente de libertad condicional \_\_\_\_\_

Detalles de Operación de vehículos bajo el efecto de sustancias intoxicantes (*operating under the influence, OUI*) actual: (Descripción) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Razón para beber ese día: \_\_\_\_\_

Otras sustancias utilizadas: \_\_\_\_\_

¿Cuánto alcohol o droga/s consumió en esa ocasión? \_\_\_\_\_

¿Se sentía borracho/drogado en el momento del arresto?  Sí  No

¿Cuánto tiempo estuvo bebiendo/consumiendo antes del arresto? \_\_\_\_\_

**Historial de uso de sustancias:**

**Consumo de alcohol:**

Edad del primer uso: \_\_\_\_\_ Último uso: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_  
 Frecuencia de uso actual:  1 o 2 veces por semana  3 a 6 veces por semana   
 Diariamente  1 a 3 veces al mes  menos de una vez al mes

Complete el cuadro a continuación en relación con su consumo de drogas (incluido el alcohol); Hágalo en función en su uso habitual en el último año. No incluya ningún medicamento recetado.

| Drogas/Alcohol | Con qué frecuencia | Cuánto | Cómo | Cuánto en los últimos 30 días | Último uso |
|----------------|--------------------|--------|------|-------------------------------|------------|
|                |                    |        |      |                               |            |
|                |                    |        |      |                               |            |
|                |                    |        |      |                               |            |

¿Alguna vez alguien ha mostrado alguna preocupación relacionada con su consumo de alcohol u otras drogas?

Sí  No En caso afirmativo, ¿quién ha mostrado preocupación y por qué?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una sobredosis?  En caso afirmativo, ¿cuál fue la sustancia? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántas sobredosis ha experimentado? \_\_\_\_\_

¿Ha sido testigo de una sobredosis?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuál era la relación con la persona que sufrió la sobredosis? \_\_\_\_\_  
 ¿Esa sobredosis resultó en la muerte? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha estado involucrado en algún programa de autoayuda como AA, ALANON, NA o ACOA, grupos de recuperación SMART?

\_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia asiste? \_\_\_\_\_

¿Se identifica como en recuperación de una sustancia o sustancias?  S  N En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo ha estado en recuperación?

¿Está actualmente, o alguna vez ha estado, involucrado en algún tipo de tratamiento o asesoramiento por algún motivo?  Sí  No En caso afirmativo, enumere a continuación:

| Tipo de organización                          | Número de experiencias de tratamiento | Fecha del último tratamiento | Motivo del tratamiento | Último tratamiento finalizado                           |
|---|---------------------------------------|------------------------------|------------------------|---|
| Desintoxicación para pacientes hospitalizados |                                       |                              |                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Residencial                                   |                                       |                              |                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Consejería ambulatoria                        |                                       |                              |                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Tratamiento asignado con medicamentos         |                                       |                              |                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Otro  |                                       |                              |                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

**Autoevaluación del consumo de alcohol:**  Bebedor social  Uso indebido de alcohol  
 Dependiente del alcohol  No bebedor/abstinente  Otro

Historial de uso de drogas y alcohol:

**Como resultado del consumo de sustancias, ¿ha tenido efectos/consecuencias negativas como resultado del consumo de alcohol/drogas? (no incluya la conducción bajo influencia del alcohol [driving under the influence, DUI] actual)**

¿Tiene problemas de salud?  Sí  No Si la respuesta es sí, describa

\_\_\_\_\_

¿Tiene problemas emocionales?  Sí  No Si la respuesta es sí, describa

\_\_\_\_\_

¿Tiene problemas familiares? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Si la respuesta es sí, describa \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas legales? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Si la respuesta es sí, describa \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas laborales? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Si la respuesta es sí, describa \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas económicos? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Si la respuesta es sí, describa \_\_\_\_\_

¿Tiene otros problemas? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Si la respuesta es sí, describa \_\_\_\_\_

¿Cree que algún problema en su vida está relacionado con la bebida o las drogas? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

En caso afirmativo, describa \_\_\_\_\_

### **Historia personal:**

Edad: \_\_\_\_\_ ¿Cómo identifica su género? \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_ Soltero \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Casado \_\_\_ Separado

¿Con quién vive? Indique los nombres y las edades de las personas con las que vive: \_\_\_\_\_

¿Dónde nació y creció? \_\_\_\_\_

¿Quién lo crió? \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos? \_\_\_ Sí \_\_\_ No En caso afirmativo, indique los nombres y las edades: \_\_\_\_\_

¿Viven con usted? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Se encuentra la Dirección de Minoridad y Familia (*Department of Child and Family, DCF*) involucrada con sus hijos? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, nombre del trabajador social \_\_\_\_\_

¿A qué escuela secundaria asistió? \_\_\_\_\_ ¿Se graduó? \_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_ GES  
(Graduado en Educación Secundaria)

¿En qué año terminó la escuela secundaria? \_\_\_\_\_

¿Asistió a la universidad? \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO Si la respuesta es sí, ¿dónde asistió? \_\_\_\_\_

Indique el título/certificación y el año de graduación \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha estado en el ejército? \_\_\_ Sí \_\_\_ NO Si la respuesta es sí, ¿en qué división? \_\_\_

¿Qué tipo de función recibió? \_\_\_\_\_

¿Está usted empleado? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Si la respuesta es sí, ¿dónde trabaja? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha estado empleado en su trabajo actual? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez lo han despedido de un trabajo? \_\_\_ Sí \_\_\_ No En caso afirmativo, indique el tipo de trabajo y el motivo \_\_\_\_\_

¿Está en condición de incapacidad? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Si la respuesta es sí, describa \_\_\_\_\_



Departamento de Policía      Fecha      Departamento de Policía      Fecha

---



---

¿Ha tenido alguna vez una audiencia en el Departamento de Vehículos Motorizados en este estado o en cualquier otro estado? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, enumere:

Estado      Motivo de la audiencia      Fecha      Salir

---



---

**Historial médico**

¿Actualmente toma algún medicamento recetado por razones médicas o psiquiátricas? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, enumere:

| Medicamento | Dosis | Motivo |
|-------------|-------|--------|
|             |       |        |
|             |       |        |
|             |       |        |

¿Quién receta este medicamento?

---



---

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria \_\_\_\_\_

**Salud mental**

¿Tiene algún problema emocional o psicológico actualmente? Ejemplo: depresión, ansiedad, alucinaciones, paranoia, cambios de humor: \_\_\_Sí \_\_\_No En caso afirmativo, enumere y brinde una descripción: \_\_\_\_\_

---



---

¿Ha sido tratado por algún problema emocional o psicológico? \_\_\_Sí \_\_\_No

En caso afirmativo, ¿cuántas veces en un hospital para pacientes hospitalizados? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces en un entorno ambulatorio? \_\_\_\_\_ Enumere a continuación los tratamientos más recientes:

| Tipo de organización | Clínica/Agencia | Motivo del tratamiento | Fecha del tratamiento | Duración del tratamiento |
|----------------------|-----------------|------------------------|-----------------------|--------------------------|
|                      |                 |                        |                       |                          |
|                      |                 |                        |                       |                          |
|                      |                 |                        |                       |                          |

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo las cuotas y las reglas del programa.  
Escriba sus iniciales junto a las siguientes declaraciones:

\_\_\_\_\_ Entiendo que el incumplimiento de las reglas resultará en la finalización del programa.

\_\_\_\_\_ Entiendo que, si me dan de baja del programa, no tengo derecho al reembolso de ningún pago

\_\_\_\_\_ Entiendo que, si me vuelvo a inscribir en el programa después de la finalización, ingresaré como un participante nuevo.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de Lowell House, Inc.

\_\_\_\_\_  
Fecha



REGISTRY OF MOTOR VEHICLES

## Criterios de licencia de dificultad de OUI de ofensa

### múltiple

Antes de solicitar una licencia por dificultades en el Registro de Vehículos Motorizados, revise los requisitos a continuación para determinar si es elegible. Aunque puede cumplir con todos los requisitos, la emisión de una licencia por dificultades solo se otorga a discreción razonable de la RMV, según los hechos del caso.

- NO hay evidencia de ninguna operación de un vehículo motorizado desde la fecha efectiva de la suspensión/revocación OUI.
- La cantidad MÍNIMA de tiempo, reflejada en la tabla a continuación y dependiendo del tipo de dificultad solicitada, se ha cumplido en la suspensión.

#### **Tiempo de elegibilidad de OUI**

| <b>Duración de la suspensión</b> | <b>Trabajo / Educación Dificultades</b> | <b>Dificultades generales</b> |
|----------------------------------|---|-------------------------------|
| 1 año (365 días)                 | 3 meses de suspensión de OUI            | 6 meses de suspensión de OUI  |
| 2 años (730 días)                | 1 año en suspensión OUI                 | 18 meses de suspensión de OUI |
| 3 años (2920 días)               | 2 años en suspensión OUI                | 4 años en suspensión OUI      |
| 4 años (3650 días)               | 5 años en suspensión OUI                | 8 años en suspensión OUI      |

- Se han COMPLETADO otros períodos activos de suspensión/revocación.
- Debe proporcionar prueba documentada de la finalización del programa de tratamiento de alcohol adecuado para la segunda ofensa OUI y superior: programa interno de 2 semanas para la segunda ofensa, programa interno de 90 días para las ofensas 3ra y 4ta.
- Debe proporcionar el Resumen del alta del programa de tratamiento, indicando el factor de riesgo o la tasa de reincidencia.
- Debe proporcionar prueba de cumplimiento con todos los cuidados posteriores ordenados. Los segundos infractores deben proporcionar el "2º Delincuente. Carta de finalización necesaria para la consideración de dificultades" emitida por el proveedor de atención posterior. Además, tenga en cuenta que la parte de evaluación de riesgos de esta carta expira 90 DÍAS a partir de la fecha de emisión. Si no se presenta esta carta de manera oportuna, el Oficial de Audiencias de RMV requerirá una nueva evaluación de riesgos, a su cargo, y que sea completada por la agencia indicada en la carta. Si se recomienda un tratamiento adicional para el abuso de sustancias, se debe presentar una revisión del progreso del centro / consejero de tratamiento de abuso de sustancias. Además, se puede solicitar un nuevo resumen de alta para aclarar la tasa de reincidencia.
- Usted ha proporcionado una carta de libertad condicional, de no más de 30 días de antigüedad, que indique que cumple con cualquier libertad condicional actual o condiciones de liberación. Si no está en libertad condicional o sujeto a ninguna forma de supervisión judicial en el momento de la solicitud de licencia por dificultades, este requisito puede ser eximido.
- Has documentado una dificultad legítima. Debe proporcionar una carta de su empleador, con membrete, que esté fechada dentro de los 30 días anteriores a la solicitud de licencia por dificultades. La carta debe indicar su

necesidad de una licencia por dificultades y las horas de trabajo. Nota: El RMV solo puede otorgar una licencia idéntica de 12 horas y 7 días.

- Si trabaja por cuenta propia, debe presentar un comprobante de trabajo por cuenta propia. Las formas aceptables de prueba consisten en un certificado comercial, formularios de impuestos que indiquen trabajo por cuenta propia y / o una licencia profesional actual. También debe presentar una carta en su propio nombre explicando su necesidad de una licencia por dificultades y las horas solicitadas. Nota: El RMV solo puede otorgar una licencia idéntica de 12 horas y 7 días.
- Si está solicitando una licencia por dificultades para otro propósito (es decir, educación, tratamientos médicos), el RMV requiere documentación de terceros de la dificultad. Nota: El RMV solo puede otorgar una licencia idéntica de 12 horas y 7 días.
- Usted es responsable de proporcionar pruebas con respecto a la disponibilidad de transporte público. Esta prueba puede incluirse en la carta de su empleador. También puede proporcionar rutas locales de autobús / tránsito, MapQuest, etc. Las solicitudes de dificultades pueden ser denegadas si puede acceder a empleo, escuela o tratamientos médicos a través del transporte público, a menos que la prueba de dificultades articule que el transporte público no satisfará la solicitud y la razón, por lo tanto.
- Se requiere la instalación de un dispositivo de bloqueo de encendido (ID) para todas las licencias por dificultades que incluyen una segunda o posterior ofensa OUI, y para ciertos delincuentes primerizos que, en el momento del arresto, tenían un contenido de alcohol en la sangre que se registró en o por encima de .15. Los delincuentes múltiples deben mantener el IID en un vehículo durante dos años. tras la eliminación de la restricción de condiciones difíciles. Consulte <https://www.mass.gov/guides/ignition-interlock-device-program> para obtener más detalles.
- Si debe instalar un dispositivo de bloqueo de encendido, visite <https://www.mass.gov/guides/ignitioninterlockdevice-program> para revisar si es elegible para solicitar el estado de indigencia. La aprobación incluye los costos exentos de instalación, dispositivo, monitoreo y servicio, pero no los costos relacionados con violaciones o tarifas o servicios de RMV.
- Las solicitudes de All para una licencia por dificultades para una 3ª o 4ª ofensa deben ser aprobadas por el Director de la Unidad de Control de Conductores y se tomarán bajo aviso si el Oficial de Audiencias de RMV se inclina a aprobar dicha solicitud.

NOTA: El restablecimiento solo se permite una vez que la prueba de instalación del IID y las declaraciones juradas hayan sido devueltas a un Oficial de Audiencias de RMV. Es posible que se requiera un examen de permiso de aprendizaje y una prueba de carretera si ha estado suspendido o inactivo durante más de dos años.



Lowell House, Inc.  
Rebuilding Lives, Strengthening Our Community

**LHATR  
LOWELL HOUSE ADDICTION  
TREATMENT AND RECOVERY**

**Programa para conductores inhabilitados de Massachusetts (Massachusetts Impaired Driver, MID):**

**Contrato de acuerdo de agencia y cliente en todo el estado**

Bienvenido al Programa para conductores inhabilitados de Massachusetts (MID) de Lowell House, Inc. El objetivo de nuestro programa es brindar una experiencia educativa relacionada con el consumo de alcohol y otras drogas, su efecto sobre el manejo y otros problemas en la vida. La intención de nuestro programa es aumentar su conciencia e influir en los cambios de comportamiento, reduciendo así su riesgo de cualquier futuro DUI u otros problemas a causa del uso de sustancias. Aunque su inscripción es obligatoria, esperamos que su experiencia sea positiva. Estamos aquí para ayudarlo en todo lo que podamos.

Este documento servirá como un acuerdo entre usted y nuestra agencia. Tiene como objetivo informarle sobre las reglas y expectativas de nuestro programa. El incumplimiento de las reglas/expectativas a menudo tienen consecuencias graves, por lo tanto, lea este documento detenidamente antes de firmarlo. El consejero de admisión aclarará cualquier duda que tenga, y el director del programa MIO está disponible para ayudarlo con cualquier duda no resuelta. Puede comunicarse con el Director del programa durante las horas hábiles normales (8:30 a.m. a 4:30 p.m.) llamando al 978-459-8656.

Si se le niega la admisión a nuestro programa, es porque creemos que necesita un nivel de atención más alto que el que se brinda al asistir a nuestro Programa MIO; debemos justificar su denegación con base en razones clínicas y hacer una recomendación alternativa a la corte (o agencia de derivación) que puede incluir tratamiento clínico adicional o el programa MIO. Si lo solicita por escrito, tiene derecho a revisar sus registros. Se acordará la hora y el lugar para la revisión. El Director del Programa o Director Ejecutivo estará presente en la revisión. Tiene derecho a quejarse de cualquier política o procedimiento específico de la agencia. Las regulaciones estatales requieren que esta agencia tenga un procedimiento de quejas por escrito, que está disponible para su revisión si lo solicita. El Director Clínico puede hacer visitas periódicas a un grupo, para garantizar la calidad del servicio. Las siguientes expectativas, reglas y procedimientos de informes pertenecen a todos los programas MIO en el estado.

**Contenido del programa**

Se espera que asista a 40 horas de programación de la siguiente manera:

- Una sesión de admisión individual (que no exceda los 90 minutos)
- Treinta y dos (32) horas de sesiones grupales psicoeducativas (una sesión de dos horas cada semana durante 16 semanas)
- Hasta dos (2) horas de conciencia del impacto en la víctima
- Hasta cuatro (4) horas de asistencia a una reunión comunitaria de autoayuda
- Una sesión de alta (salida) individual (no menos de 30 minutos)

Es su responsabilidad completar cada aspecto del Programa MIO. De lo contrario, se enviará una notificación a su tribunal de derivación y es posible suspensión/finalización del programa. Es su responsabilidad mantenerse en contacto con el programa hasta que reciba un certificado/carta formal de finalización.

## **Política de Asistencia y Tardanzas**

Debe asistir a todos los grupos. Se toma asistencia en cada grupo. En el improbable caso de que deba faltar a un grupo debido a una emergencia (p. ej., muerte de un familiar), debe comunicarse con el facilitador de su grupo de inmediato y se requerirá documentación para evitar cargos adicionales. Todas las ausencias deben ser recuperadas. Si se ausenta más de tres veces durante el transcurso del programa, su participación se suspenderá hasta que se pueda revisar el asunto. Esto podría resultar en una audiencia en la corte, ya que es un incumplimiento de su libertad condicional. Si la corte le permite regresar al programa, puede reiniciar el programa desde la primera semana.

Se espera que programe y asista a su entrevista de salida del programa. Si necesita cancelar su cita, debe hacerlo con un mínimo de 24 horas de anticipación. Si no lo hace, el programa puede evaluar una cuota de recuperación. Se permitirá un número limitado de cancelaciones antes de que el programa lo suspenda.

Debe llegar puntual a todos los grupos, incluidas las sesiones de impacto en la víctima. Si llega tarde a un grupo al que no se le permite entrar, se le cobrará una ausencia que requerirá una sesión grupal de recuperación. Si la tardanza resulta en su tercera ausencia, entonces será suspendido en espera de una revisión judicial.

Comunicación con su oficial de libertad condicional tribunal

Los derechos de confidencialidad de los participantes están protegidos por la Ley Federal (42 CFR, Parte 2). Su oficial de libertad condicional será notificado cuando haya una violación de incumplimiento del programa. En general, la única información que se comunica de forma rutinaria es 1) Si asistió a su sesión de admisión; 2) Su asistencia durante el proceso de grupo; y 3) Si completó todos los aspectos del programa, incluida su obligación financiera. Cuando sea necesario, se notificará a su oficial de libertad condicional si se considera que usted y los demás representan un alto riesgo como resultado de su consumo actual de alcohol o drogas. El programa no divulgará "comunicaciones confidenciales" informadas por el cliente, a menos que ocurra lo siguiente: 1) es necesario para proteger contra una amenaza a la vida o de lesiones corporales graves; 2) es necesario para investigar o procesar un delito extremadamente grave; o 3) vincula con un procedimiento en el que el cliente ya ha presentado pruebas sobre comunicación confidencial.

## **Política de sobriedad**

Se espera que se abstenga de consumir alcohol y cualquier sustancia ilícita durante un período de 24 horas antes del inicio de cualquier actividad del programa. Si se sospecha que usted bebe o usa sustancias ilícitas, se le pedirá que se someta a una prueba de alcoholemia u otra forma de prueba toxicológica (p. ej., prueba de orina); si no cumple, el resultado será su suspensión inmediata. Si se le solicita (usted correrá con los gastos relacionados) que se realice una prueba de orina, el personal del programa lo ayudará con información sobre dónde se puede realizar una. Se espera que complete la prueba dentro de un periodo de tiempo especificado por el programa. Si la prueba indica la presencia de alcohol u otras sustancias, se lo suspenderá inmediatamente del programa en espera de una audiencia en la corte y se le notificará a su oficial de la libertad condicional (Probación Officer, PO). Además, si condujo a clase, se le pedirá que asegure su automóvil y haga arreglos para un transporte alternativo. Si insiste en conducir, el personal notificará a la policía. También estará sujeto a una prueba aleatoria de alcoholemia que se realizará en cualquier momento durante el programa.

## **Suspensión del Programa por Comportamiento Inapropiado**

Los siguientes comportamientos pueden resultar en la suspensión del programa:

- Posesión de elementos considerados peligrosos para usted mismo o para otros.
- Posesión de alcohol o cualquier sustancia ilícita
- Abuso verbal, vulgaridad, insultos raciales, étnicos, sexuales o religiosos
- Comportamiento perturbador (hablar, dormir, etc.)
- Amenazas, gestos negativos o cualquier acto de violencia
- Continuar (después de haber sido advertido para interrumpir) con actitudes groseras, expresiones degradantes o irrespetuosas, u otros comportamientos que perturben al grupo
- Vestimenta inadecuada o higiene deficiente, según lo determine el personal

- Incumplimiento de la expectativa de que los participantes mantengan la confidencialidad del derecho a la privacidad de cada miembro del grupo
- Uso del teléfono celular, según lo determine el personal

### **Política de fumadores**

No se permite fumar en ningún lugar de las instalaciones.

### **Política de cancelación de clases**

En caso de mal tiempo u otra emergencia que pueda causar la cancelación de una sesión grupal. Es su responsabilidad comunicarse con el programa para obtener información sobre la cancelación. Si se cancela un grupo, se ampliará el plazo previsto para la finalización del programa.

### **Información actualizada del cliente**

Debe informar al programa de DAE cualquier cambio en su domicilio, dirección postal y números de teléfono.

### **Formularios de divulgación de información v confidencialidad**

Los programas de MID tienen una relación de servicio doble entre usted y la Oficina Probatoria del Tribunal de Distrito que lo derivó. Debido a esto, se le pedirá que firme un Formulario de Divulgación de Información que permitirá al personal divulgar información pertinente al tribunal. También es posible que se le pida que firme otros formularios de divulgación para ayudar al personal a comunicarse e informar a otras partes pertinentes. Si es menor de 21 años y asiste a este programa para cumplir con la corte o el Registro de Vehículos Motorizados, se le solicitará que firme un Formulario de Divulgación de Información para el Registro. Durante la sesión de admisión, se le explicarán detalladamente sus derechos de confidencialidad, incluidas las áreas de discusión en grupo donde se puede compartir información si o su consentimiento. Tiene derecho a retirar sus datos en cualquier momento; sin embargo, hacerlo puede afectar su participación continua en el programa.

### **Documentación de Inscripción para Licencia por Dificultades/Menores de 21 años - Exención de 180 días**

En este momento, debe estar al tanto de su elegibilidad para una licencia por dificultades económicas o una exención por ser menor de 21, exención de 180 días o ambas. Si necesita una carta de inscripción para alguna de las dos consideraciones, una carta estará disponible al finalizar la sesión de admisión. Nuestro programa se reserva el derecho de retener esta carta en función de las consideraciones clínicas en la admisión inicial.

### **Cuotas del programa MID**

Se le han explicado sus opciones de pago (ya sea mediante el tribunal o por nuestro departamento fiscal). El costo de este programa es de \$1343.00, según lo establecido por la Comisión de Fijación de Tarifas de Massachusetts. La cuota del programa es inclusiva, excepto las cuotas adicionales que se pueden evaluar por sesiones de recuperación, citas que se hayan perdido y costos de pruebas de toxicología (drogas). Si el tribunal le ha otorgado una exención de la cuota del programa, se espera que pague cuotas adicionales. Estas cuotas no excederán el costo unitario del servicio establecido por la Comisión (es decir, \$74.84 por sesión individual de 1 hora y \$44.88 por sesión grupal de 2 horas). El programa puede justificar las cuotas de recuperación con pruebas legítimas y documentadas de ausencia. Ha aceptado un cronograma de pagos. El incumplimiento de su cronograma de pagos podría resultar en su suspensión del programa. Los consejeros y el personal comercial están disponibles para analizar cualquier dificultad que tenga al realizar su pago. Los certificados de finalización se retendrán hasta que todas las cuotas se paguen en su totalidad. Si un juez da por terminada su participación y usted ha pagado por los servicios que aún no ha recibido, entonces tiene derecho a un reembolso.

He leído las declaraciones anteriores, y todas mis preguntas han sido respondidas. Al firmar este documento doy fe de que estoy de acuerdo y cumpliré con cada aspecto de este documento.

He leído las declaraciones anteriores, y todas mis preguntas han sido respondidas. Al firmar este documento doy fe de que estoy de acuerdo y cumpliré con cada aspecto de este documento.

---

Nombre Del Participante

---

Fecha

---

Consejero De admisión

---

Fecha

## LOWELL HOUSE ADDICTION TREATMENT AND RECOVERY

101 Jackson St. 4<sup>th</sup> Floor  
Floor Lowell, MA  
01852  
(978) 459-8656

### Tarifas del programa para conductores ebrios de Massachusetts:

Se deben completar los siguientes servicios del programa MID y pagar todas las tarifas del programa cuando corresponda para satisfacer los requisitos del programa.

| Servicio                 | Cantidad | Tiempo programado por servicio | Costo total |
|--------------------------|----------|--------------------------------|-------------|
| Ingreso del programa     | 1        | 1.5 hora                       | \$175.00    |
| Sesiones grupales        | 16       | 2 horas                        | \$1088.00   |
| Salir de la entrevista   | 1        | ½ horas                        | \$80.00     |
| Costo total del programa |          |                                | \$1,343.00  |

### Por favor seleccione una de las siguientes opciones de pago:

- **Opción A:** \$1343.00 pagados en su totalidad al inicio del Programa.
- **Opción B:** - Depósito de \$700.00 al inicio del programa  
\$643.00 en o antes de la semana 8 del programa.
- **Opción C:** Exención de tarifas documentada por parte del tribunal.

***Sólo se aceptan los siguientes métodos de pago: efectivo, giro postal o tarjeta de crédito/débito. NO se permiten cheques personales.***

#### Otros cargos:

La notificación de citas canceladas debe realizarse durante el horario comercial habitual de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m. La notificación de la ausencia a su cita/sesión se enviará al tribunal/fuente de referencia dentro de las 48 horas y puede poner en peligro su estatus en el programa. Todos los servicios perdidos deben reprogramarse dentro de los 5 días hábiles. No hacerlo puede resultar en la terminación del programa. Los grupos de recuperación se programan dos veces al mes. Los grupos perdidos deben recuperarse en un plazo de 30 días.

| Tipo de tarifa    | Costo            |
|-------------------|------------------|
| alcoholímetro (2) | \$12.00 Cada uno |
| Pantalla de orina | \$30.00 Cada uno |

## Reglas del Programa:

La violación de cualquiera de las siguientes reglas resultará en la terminación del programa. Por favor ponga sus iniciales en cada declaración.

- LHI tiene una política libre de drogas y alcohol. El uso y/o posesión de drogas y El alcohol está estrictamente prohibido en la propiedad de LHI.
- Los participantes del programa estarán sujetos a un mínimo de dos alcoholímetros aleatorios administrados por el Facilitador del Grupo MID. Nadie está exento, ni por ningún motivo, de hacerse un alcoholímetro al azar prueba. Negarse a tomar el alcoholímetro o abandonar el grupo antes de que se tome el alcoholímetro. Administrado, resultará en la terminación inmediata del programa. Un alcoholímetro positivo resultará en la terminación automática.
- LHI no tolerará comportamientos perturbadores, acosadores o abusivos hacia ninguna persona o propiedad asociada con LHI.
- No introducir armas de ningún tipo al edificio.
- No se permite la entrada de niños, familiares, amigos a ninguna cita o sesión grupal. Tú Deberá llegar puntualmente a todos los servicios programados. El personal de recepción no está autorizado a dejar entrar a nadie la sala de grupo una vez que el facilitador de MID haya recogido al grupo del vestíbulo.
- Está prohibido el uso de teléfonos móviles u otros dispositivos electrónicos durante las sesiones grupales.
- A los participantes del programa se les permite perder dos sesiones sin excusa. En el caso de que sean tres sesiones perdidas injustificadas, lo que resultará en su terminación del programa.
- Los servicios perdidos deben reprogramarse dentro de los 5 días y completarse dentro de los 30 días posteriores a la pérdida sesión.
- Todas las tarifas del programa deben pagarse antes de la octava sesión grupal.
- Los participantes del programa deberán asistir y participar en una entrevista de salida al finalizar el período asignado programa.
- Los participantes del programa deben asistir a un Foro de Impacto a las Víctimas para completar los requisitos del programa. Estos foros se ofrecen una vez cada 90 días. El facilitador del MID asignará el grupo a una víctima Foro de impacto. No asistir al Foro Impacto a las Víctimas en la fecha asignada resultará en la pérdida de una sesión sujeta a tarifas y reprogramación
- Los participantes del programa deben asistir al menos a 2 reuniones documentadas de autoayuda (AA, NA). Original
- La documentación (no se aceptarán fotocopias) de participación deberá presentarse en el MID. Facilitador para más tardar en la undécima sesión de grupo. El incumplimiento supondrá la no admisión en el grupo, lo que contará como una sesión perdida y puede resultar en la terminación del programa.

**Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo las tarifas y reglas del programa.**

**Por favor ponga sus iniciales junto a las siguientes declaraciones:**

\_\_\_ Entiendo que el incumplimiento de las reglas resultará en mi terminación del programa.

\_\_\_ Entiendo que, si me dan de baja del programa, no tengo derecho a un reembolso de ningún pago.

\_\_\_ Entiendo que si me vuelvo a inscribir en el programa después de su terminación estaré ingresando como nuevo participante

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Lowell House, INC. Staff Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha

ENCUESTA SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS Y MANEJO EN ADULTOS – REVISADA Y MODIFICADA (ASUDS-RM)

A COMPLETAR POR EL CLIENTE

|  |        |       |  |                            |
|--|--------|-------|--|----------------------------|
| NOMBRE:  | FECHA: | EDAD: | Género: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO | AÑOS DE EDUCACIÓN ESCOLAR: |
| GRUPO ÉTNICO: <input type="checkbox"/> AFROAMERICANO / NEGRO <input type="checkbox"/> ANGLO / BLANCO – NO HISPANO <input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> NATIVO AM. <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> OTRO                               |        |       |  |                            |
| ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTERO (NUNCA CASADO) <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO   |        |       |  |                            |
| EMPLEO: <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> EMPLEADO TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> JUBILADO <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/> OTRO             |        |       |  |                            |
| HOSPITALIZACIONES PREVIAS POR TRATAMIENTO COMO PACIENTE AMBULATORIO O INTERNADO POR ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS:<br><input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/> 1 ENTRADA <input type="checkbox"/> 2 O MÁS ENTRADAS  |        |       |  |                            |
| CANTIDAD DE ARRESTOS O CONDENAS POR MANEJAR EN ESTADO DE EBRIEDAD: <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 O MÁS   ARRESTO POR BAC: <input type="checkbox"/> SE NEGÓ A LA PRUEBA: <input type="checkbox"/> |        |       |  |                            |

ESTE FOLLETO CONTIENE PREGUNTAS SOBRE SU CONSUMO DE ALCOHOL U OTRAS DROGAS. ALGUNAS PREGUNTAS SE RELACIONAN CON PROBLEMAS QUE PUDO HABER TENIDO EN SU COMUNIDAD. OTRAS PREGUNTAS SE RELACIONAN CON SUS SENTIMIENTOS Y EMOCIONES. PARA CADA PREGUNTA, RODEE CON UN CÍRCULO LA LETRA DEBAJO DE LA RESPUESTA QUE MEJOR SE ADAPTE A SU SITUACIÓN. RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS Y DE SOLO UNA RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA.

En la lista de drogas siguiente, rodee con un círculo la respuesta que mejor se adapte a su situación. En el caso del alcohol, se refiere a la cantidad de veces en su vida que se ha embriagado. En el caso de todas las otras drogas, es la cantidad de veces en su vida que ha consumido la droga. A continuación, a la derecha de la página, para cada droga, indique la cantidad de veces en los seis meses previos al arresto por manejo en estado de ebriedad, incluido el arresto actual, que se emborrachó o la cantidad de veces que consumió cada una de las otras drogas. Rodee «a» si no se embriagó con alcohol ni consumió otras drogas durante ese periodo de seis meses. Rodee «b» si se embriagó con alcohol o consumió otras drogas de 1 a 10 veces. Rodee «c» si fue de 11 a 25 veces, etc. Después, para cada droga que haya consumido en su vida, indique la edad a la que la consumió por última vez.

|   | Cantidad total de veces en la vida |                |             |             |                 | Edad del último consumo  |
|---|------------------------------------|----------------|-------------|-------------|-----------------|--|
|   | Nunca consumí                      | Una a 10 veces | 11-25 veces | 26-50 veces | Más de 50 veces |  |
| 1. Cantidad de veces que se embriagó con alcohol (cerveza, vino, licores fuertes, cócteles).  | a                                  | b              | c           | d           | e               | Veces en los 6 meses previos al arresto por manejar bajo los efectos del alcohol |
| 2. Marihuana (hierba, hachís, THC, maría, etc.) consumida sin aprobación de un facultativo o especialista médico según la legislación/normativa médica estatal relativa a la marihuana.   | a                                  | b              | c           | d           | e               | a b c d e  |
| 3. Cocaína (coca, nieve, crack, piedra, etc.).  | a                                  | b              | c           | d           | e               | a b c d e  |
| 4. Anfetaminas/metanfetamintas/estimulantes (meta, hielo, cristal, anfe, pastillas para adelgazar, elevadores, bellezas negras, cruces blancas, «bennies», Dexedrina, Desoxina, Ritalin, Adderall, sales de baños, etc.) consumidos sin prescripción por razones médicas. | a                                  | b              | c           | d           | e               | a b c d e  |
| 5. Alucinógenos (LSD, ácido, peyote, hongos, PCP, polvo de ángel, éxtasis, ketamina, MDMA, etc.).   | a                                  | b              | c           | d           | e               | a b c d e  |
| 6. Inhalantes (rush, gasolina, pintura, pegamento, óxido nitroso, líquido corrector, aerosol, dispensador de crema batida, nitrato de amilo).   | a                                  | b              | c           | d           | e               | a b c d e  |
| 7. Heroína (H, farlopa, pasta, junk, caballo, pico, , etc.).  | a                                  | b              | c           | d           | e               | a b c d e  |
| 8. Otros opiáceos o analgésicos (codeína, opio, morfina, Percodan, Dilaudid, Demerol, Vicodin, metadona, oxicodona, Oxycontin, Darvon, etc.) consumidos sin prescripción por razones médicas.   | a                                  | b              | c           | d           | e               | a b c d e  |
| 9. Barbitúricos/sedantes (Seconal, Nembutal, Amytal, Phenobarbital, Dalmane, Quaaludes, Placidyl, medicamentos para dormir, «blues», «reds», «yellows», «ludes», etc.) consumidos sin prescripción por razones médicas.   | a                                  | b              | c           | d           | e               | a b c d e  |
| 10. Tranquilizantes (Librium, Valium, Ativan, Xanax, Serax, Miltown, Equanil, Halcion, meprobamatos) consumidos sin prescripción por razones médicas.   | a                                  | b              | c           | d           | e               | a b c d e  |

| 11. Con respecto al consumo de cigarrillos (tabaco)   | Nunca fumó  | No fuma ahora  | Hasta media cajetilla al día | Alrededor de una cajetilla al día | Más de una cajetilla al día |
|---|---|--|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
|   | a   | b  | c                            | d                                 | e                           |
| Por favor elija la respuesta a cada pregunta que mejor se adapte a la visión de usted mismo.  |   |  |                              |                                   |                             |
| 12. ¿Bebe (alcohol) para divertirse o sentirse feliz?<br>a. No<br>b. Ocasionalmente<br>c. A menudo<br>d. Muy a menudo   | 20. ¿Alguna vez manejó un vehículo a sabiendas de que había bebido demasiado?<br>a. No<br>b. Sí, una vez<br>c. Sí, algunas veces<br>d. Muchas veces                           | 28. Manejo rápido y me arriesgo a que me multen.<br>a. Nunca<br>b. Algunas veces<br>c. A menudo<br>d. Muy a menudo   |                              |                                   |                             |
| 13. ¿Bebe para relajarse socialmente?<br>a. No<br>b. Algunas veces<br>c. A menudo<br>d. Muy a menudo  | 21. ¿Alguna vez se ha desmayado por ebriedad?<br>a. No<br>b. Una vez<br>c. Dos o tres veces<br>d. Cuatro o cinco veces o más  | 29. Manejar a gran velocidad me da sensación de poder.<br>a. Nunca<br>b. Algunas veces<br>c. A menudo<br>d. Muy a menudo   |                              |                                   |                             |
| 14. ¿Toma uno o dos tragos para aliviar sus preocupaciones?<br>a. No, nunca<br>b. Sí, algunas veces<br>c. A menudo<br>d. Muy a menudo   | 22. ¿Algunas vez se ha sentido triste en los bajones después de beber?<br>a. No<br>b. Una vez<br>c. Un par de veces<br>d. Varias veces  | 30. He corrido riesgos al manejar por el simple hecho de hacerlo.<br>a. Nunca<br>b. Casi nunca<br>c. A menudo<br>d. Muy a menudo                                   |                              |                                   |                             |
| 15. ¿Ha padecido algún dolor de cabeza fuerte por haber bebido demasiado?<br>a. No<br>b. Sí, uno o dos veces<br>c. Sí, algunas veces<br>d. Muchas veces   | 23. ¿Alguna vez no ha podido recordar lo que había hecho cuando estaba bebiendo?<br>a. No<br>b. Sí, una vez<br>c. Sí, dos veces<br>d. Sí, tres o más veces                    | 31. Maldigo en voz alta o insulto en voz baja a otros conductores.<br>a. Nunca<br>b. Casi nunca<br>c. A menudo<br>d. Muy a menudo                                  |                              |                                   |                             |
| 16. ¿Cuántas veces ha estado ebrio?<br>a. Nunca<br>b. Una o dos veces<br>c. Varias veces<br>d. Muchas veces   | 24. ¿Bebe para aliviar la tensión o el estrés?<br>a. No<br>b. Sí, algunas veces<br>c. Sí, a menudo<br>d. Sí, muy a menudo   | 32. Suelo ir más rápido otros conductores.<br>a. Nunca<br>b. Casi nunca<br>c. A menudo<br>d. Muy a menudo  |                              |                                   |                             |
| 17. ¿Ha visto disminuida su capacidad en el trabajo o ha faltado al trabajo por haber bebido demasiado?<br>a. No<br>b. Sucedió una vez<br>c. Sucedió dos o tres veces<br>d. Ha sucedido más de tres veces                                     | 25. Excedo los límites de velocidad si las condiciones de la vía son seguras.<br>a. No es cierto<br>b. Algunas veces es cierto<br>c. Suele ser cierto<br>d. Siempre es cierto | 33. He sobrepasado a otros conductores sin estar apurado.<br>a. Nunca<br>b. Casi nunca<br>c. A menudo<br>d. Muy a menudo   |                              |                                   |                             |
| 18. ¿Alguna vez ha sido incapaz de concentrarse o pensar con claridad después de haber bebido demasiado?<br>a. No<br>b. Una vez<br>c. Un par de veces<br>d. Varias veces  | 26. Me he encontrado manejando a alta velocidad sin darme cuenta.<br>a. Nunca<br>b. Casi nunca<br>c. A menudo<br>d. Muy a menudo  | 34. Soy un conductor al que le gusta estar adelante en el tráfico.<br>a. No es cierto<br>b. Algunas veces es cierto<br>c. Suele ser cierto<br>d. Siempre es cierto |                              |                                   |                             |
| 19. ¿Bebe cuando se siente triste y deprimido?<br>a. Nunca<br>b. Sí, algunas veces tomo un par de tragos cuando estoy triste<br>c. Sí, a menudo bebo cuando estoy triste<br>d. Sí, bebo casi todas las veces que me siento triste o deprimido | 27. Cuando otros conductores cometen infracciones, pierdo la paciencia.<br>a. Nunca<br>b. Casi nunca<br>c. A menudo<br>d. Muy a menudo  | 35. He intentado saltarme una luz roja.<br>a. Nunca<br>b. Casi nunca<br>c. A menudo<br>d. Muy a menudo   |                              |                                   |                             |
|   |   | 36. Esquivo y zigzagueo en el tráfico.<br>a. Nunca<br>b. Casi nunca<br>c. A menudo<br>d. Muy a menudo  |                              |                                   |                             |

Como resultado del consumo de una de las drogas que aparecen en la Página 1, incluido el alcohol, indique con qué frecuencia le ha pasado lo siguiente durante su vida. Luego, para cada uno de los enunciados, en la columna de la derecha de la página, indique cuántas veces le ha sucedido en los seis meses anteriores a su arresto por manejar bajo los efectos del alcohol, incluyendo el actual. Rodee con un círculo la «a» si no le pasó en ese periodo de seis meses. Rodee con un círculo la «b» si le sucedió de 1 a 3 veces. Rodee con un círculo la «c» si le sucedió de 4 a 6 veces. Rodee con un círculo la «d» si le sucedió de 7 a 10 veces. Rodee con un círculo la «e» si le sucedió más de 10 veces.

Cantidad total de veces en la vida

Veces durante los 6 meses anteriores a su arresto por manejar bajo los efectos del alcohol, incluido el arresto actual.

|  | Cantidad total de veces en la vida |           |           |            |                 | Veces durante los 6 meses anteriores a su arresto por manejar bajo los efectos del alcohol, incluido el arresto actual. |
|--|------------------------------------|-----------|-----------|------------|-----------------|---|
|  | Nunca                              | 1-3 veces | 4-6 veces | 7-10 veces | Más de 10 veces |   |
| 37. Tuvo una laguna mental (olvidó lo que hizo pero aún estaba despierto). | a                                  | b         | c         | d          | e               | a b c d e   |
| 38. Recurrió a la violencia física.  | a                                  | b         | c         | d          | e               | a b c d e   |
| 39. Se tambaleó y tropezó.   | a                                  | b         | c         | d          | e               | a b c d e   |
| 40. Se desmayó (perdió la consciencia).                                    | a                                  | b         | c         | d          | e               | a b c d e   |
| 41. Intentó suicidarse.  | a                                  | b         | c         | d          | e               | a b c d e   |
| 42. Se sintió mal o tuvo náuseas.  | a                                  | b         | c         | d          | e               | a b c d e   |
| 43. Vio o escuchó cosas inexistentes.                                      | a                                  | b         | c         | d          | e               | a b c d e   |
| 44. Tuvo confusión mental.   | a                                  | b         | c         | d          | e               | a b c d e   |
| 45. Pensó que lo perseguían o querían hacerle daño.                        | a                                  | b         | c         | d          | e               | a b c d e   |
| 46. Sufrió temblores o tiritó.   | a                                  | b         | c         | d          | e               | a b c d e   |
| 47. Sufrió un espasmo o convulsión.  | a                                  | b         | c         | d          | e               | a b c d e   |
| 48. Se le aceleró la frecuencia cardiaca.                                  | a                                  | b         | c         | d          | e               | a b c d e   |
| 49. Se puso muy ansioso, nervioso y tenso.                                 | a                                  | b         | c         | d          | e               | a b c d e   |
| 50. Tuvo fiebre, calor o sudores.  | a                                  | b         | c         | d          | e               | a b c d e   |
| 51. No comió ni durmió.  | a                                  | b         | c         | d          | e               | a b c d e   |
| 52. Se sintió débil, cansado y extenuado.                                  | a                                  | b         | c         | d          | e               | a b c d e   |
| 53. No pudo ir al trabajo o a la escuela.                                  | a                                  | b         | c         | d          | e               | a b c d e   |
| 54. Descuidó a su familia.   | a                                  | b         | c         | d          | e               | a b c d e   |
| 55. Infringió la ley o cometió un delito.                                  | a                                  | b         | c         | d          | e               | a b c d e   |
| 56. No pudo pagar sus deudas.  | a                                  | b         | c         | d          | e               | a b c d e   |
|  | 16                                 | 17        | 18        |            | 4               | 5   |

Rodee con un círculo la letra correspondiente a la respuesta de cada pregunta que mejor se adapte a su situación.

|   | Nunca | 1-2 veces | 3-4 veces | 5 o más veces |
|---|-------|-----------|-----------|---------------|
| 57. Durante mi adolescencia, tuve problemas con la ley.   | a     | b         | c         | d             |
| 58. Me suspendieron o expulsaron del colegio cuando era niño o adolescente.                                       | a     | b         | c         | d             |
| 59. He estado en peleas o riñas.  | a     | b         | c         | d             |
| 60. He sido acusado de manejar sin estar en condiciones o bajo la influencia del alcohol u otras drogas.          | a     | b         | c         | d             |
| 61. Como adulto, he tenido problemas con la ley en otras situaciones aparte del manejo de un vehículo motorizado. | a     | b         | c         | d             |

Rodee con un círculo la letra correspondiente a la respuesta de cada pregunta que mejor se adapte a su situación.

- 62. He tenido problemas porque no cumplo las reglas.
- 63. No me gustan los policías.
- 64. Hay demasiadas leyes en la sociedad.
- 65. Está bien infringir la ley si no se hace daño a nadie.
- 66. En general, nadie me dice lo que debo hacer.

| No es cierto | Algo cierto | Suele ser cierto | Siempre cierto |
|--------------|-------------|------------------|----------------|
| a            | b           | c                | d              |
| a            | b           | c                | d              |
| a            | b           | c                | d              |
| a            | b           | c                | d              |
| a            | b           | c                | d              |

6 \_\_\_\_\_

Por favor responda cómo se aplican a usted estas preguntas durante su vida y los últimos seis meses que estuvo en la comunidad. Rodee con un círculo la letra debajo de la respuesta elegida.

- 67. Cantidad de veces que he sido arrestado y acusado de un delito.
- 68. Cantidad de veces que he sido condenado por un delito (delito menor o grave).
- 69. Cantidad de veces que he sido arrestado por un delito cometido contra una persona (tal como robo, hurto, agresión, violación, homicidio involuntario, asesinato).
- 70. Cantidad de veces que he sido arrestado por un delito relacionado con violencia doméstica.
- 71. Cantidad de veces que estado detenido o en la cárcel.

|     | Durante su vida |           |           |               | Durante los últimos 6 meses |
|-----|-----------------|-----------|-----------|---------------|-----------------------------|
|     | Ningun a        | 1-2 veces | 3-4 veces | 5 o más veces |                             |
| 67. | a               | b         | c         | d             | a b c d                     |
| 68. | a               | b         | c         | d             | a b c d                     |
| 69. | a               | b         | c         | d             | a b c d                     |
| 70. | a               | b         | c         | d             | a b c d                     |
| 71. | a               | b         | c         | d             | a b c d                     |

Por favor responda cómo se aplican a usted estas preguntas durante su vida y los últimos seis meses. Rodee con un círculo la letra debajo de la respuesta elegida.

- 72. Cantidad total de tiempo que he estado en libertad vigilada.
- 73. Cantidad total de tiempo que he estado en libertad condicional.
- 74. Cantidad total de tiempo que he estado en prisión o en la cárcel.

|     | Nunca | Durante su vida |            |          | Durante los últimos 6 meses |              |
|-----|-------|-----------------|------------|----------|-----------------------------|--------------|
|     |       | 1-6 meses       | 7-12 meses | 1-3 años |                             | 4 o más años |
| 72. | a     | b               | c          | d        | e                           | a b          |
| 73. | a     | b               | c          | d        | e                           | a b          |
| 74. | a     | b               | c          | d        | e                           | a b          |

Por favor responda cómo se aplican a usted estas preguntas durante su vida y los últimos seis meses que estuvo en la comunidad. Rodee con un círculo la letra debajo de la respuesta elegida.

- 75. Mientras estaba en la comunidad, he pasado tiempo con personas que han tenido problemas penales.
- 76. Me ha resultado difícil no tener problemas con la ley.
- 77. Me he comportado o he actuado de forma violenta.
- 78. Planifiqué los delitos que cometí.
- 79. Cuando infringí la ley, estaba dopado o bajo la influencia del alcohol u otras drogas.

|     | No, nunca | Durante su vida |       |                           | Durante los últimos 6 meses |
|-----|-----------|-----------------|-------|---------------------------|-----------------------------|
|     |           | Algunas veces   | Mucho | La mayor parte del tiempo |                             |
| 75. | a         | b               | c     | d                         | a b c d                     |
| 76. | a         | b               | c     | d                         | a b c d                     |
| 77. | a         | b               | c     | d                         | a b c d                     |
| 78. | a         | b               | c     | d                         | a b c d                     |
| 79. | a         | b               | c     | d                         | a b c d                     |

7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_

Para las siguientes preguntas, por favor elija la respuesta que mejor se adapte a su situación.

|   | No | Sí, algunas veces | Sí, mucho | Sí, todo el tiempo |
|---|----|-------------------|-----------|--------------------|
| 80. ¿Se ha sentido desanimado y deprimido?                                    | a  | b                 | c         | d                  |
| 81. ¿Ha estado nervioso y tenso?  | a  | b                 | c         | d                  |
| 82. ¿Ha estado irritado y malhumorado?  | a  | b                 | c         | d                  |
| 83. ¿Sus estados de ánimo han tenido altibajos, de muy feliz a muy deprimido? | a  | b                 | c         | d                  |
| 84. ¿Tiende a preocuparse por las cosas?                                      | a  | b                 | c         | d                  |
| 85. ¿Ha sentido ganas de dejar de vivir o quitarse la vida?                   | a  | b                 | c         | d                  |
| 86. ¿Ha tenido problemas para conciliar el sueño?                             | a  | b                 | c         | d                  |
| 87. ¿Ha tenido pensamientos que lo alteren o perturben?                       | a  | b                 | c         | d                  |
| 88. ¿Se ha sentido desalentado por su futuro?                                 | a  | b                 | c         | d                  |

9

|  | No, nunca | Casi nunca | Algunas veces | Sí, mucho |
|--|-----------|------------|---------------|-----------|
| 89. ¿Alguna vez se ha molestado con alguien?                       | a         | b          | c             | d         |
| 90. ¿Ha mentido acerca de algo o no ha dicho la verdad?            | a         | b          | c             | d         |
| 91. ¿Suele sentirse infeliz?                                       | a         | b          | c             | d         |
| 92. ¿Ha sentido frustración por su trabajo?                        | a         | b          | c             | d         |
| 93. ¿Se guarda las cosas y no dice a otros lo que piensa o siente? | a         | b          | c             | d         |
| 94. ¿Ha sido poco amable o irrespetuoso con alguien?               | a         | b          | c             | d         |
| 95. ¿Ha gritado alguna vez por alguien o algo?                     | a         | b          | c             | d         |

10

Por favor responda las siguientes preguntas acerca de la manera que se ve a sí mismo en este momento.

|  | Para nada | Sí, quizás | Sí, muy probablemente | Sí, con seguridad |
|--|-----------|------------|-----------------------|-------------------|
| 96. ¿Ha sentido la necesidad de hacer cambios en su consumo de alcohol u otras drogas?   | a         | b          | c                     | d                 |
| 97. ¿Desea dejar el <u>alcohol</u> ? o si ya lo ha hecho, ¿desea seguir sin consumirlo?  | a         | b          | c                     | d                 |
| 98. ¿Desea dejar de <u>consumir otras drogas</u> ?; o si ya lo ha hecho, ¿desea seguir sin consumirlas?  | a         | b          | c                     | d                 |
| 99. ¿Ha sentido la necesidad de recibir ayuda debido a sus problemas con el consumo de alcohol?  | a         | b          | c                     | d                 |
| 100. ¿Ha sentido la necesidad de recibir ayuda para sus problemas de consumo de otras drogas?  | a         | b          | c                     | d                 |
| 101. ¿Es importante para usted hacer cambios con respecto al consumo de alcohol u otras drogas?  | a         | b          | c                     | d                 |
| 102. ¿Desearía participar ( <u>o continuar</u> ) en un programa en el que se brinde ayuda a las personas con problemas de consumo de alcohol u otras drogas? | a         | b          | c                     | d                 |

11

FIN DE LA ENCUESTA



## *Questionario sobre consumo de alcohol*

¿En más de una ocasión ha tenido la intención de beber solo dos tragos, pero bebió muchos más o durante un período más largo de lo que pretendía?  Sí  No

¿En más de una ocasión ha intentado reducir la cantidad o dejar de beber, pero no ha podido?  Sí  No

¿Ha pasado mucho tiempo bebiendo, o descompuesto o con resacas por beber?  Sí  No

¿Tiene pensamientos persistentes acerca de querer un trago?  Sí  No

¿Le ha ocurrido que beber o sentirse descompuesto por beber a menudo ha interferido con el cuidado de su familia o le ha causado problemas en el trabajo o la escuela?  Sí  No

¿Continúa bebiendo a pesar de que hacerlo interfiere en su relación con familiares o amigos?  Sí  No

¿Se ha dado cuenta de que ha detenido o reducido las actividades que antes le interesaban para poder beber?  Sí  No

¿En más de una ocasión ha estado en situaciones peligrosas (por ejemplo, conduciendo, peleando, usando maquinarias) cuando bebía?  Sí  No

¿Ha continuado bebiendo a pesar de que lo estaba haciendo sentir deprimido o ansioso o que se sumaba a algún otro problema de salud que tuviera?  Sí  No

¿Ha experimentado lagunas de memoria al beber?  Sí  No

¿Le ha ocurrido que el número de tragos para llegar a la intoxicación aumenta con el tiempo? ¿O que los efectos del alcohol son menores con el tiempo?  Sí  No

¿Alguna vez se ha dado cuenta de que cuando desaparecen los efectos del alcohol, le sucede algo de lo siguiente: dificultad para dormir, temblores, inquietud, náuseas, sudoración, aceleración del ritmo cardíaco, calambres musculares o convulsiones? ¿Alguna vez ha tomado una bebida u otro medicamento que no sea aspirina para aliviar los síntomas?  Sí  No



## **Acuerdo de Asesoramiento para Pacientes Ambulatorios:**

Se le programará una cita de una hora con uno de nuestros consejeros. Se le pedirá que explique el motivo de su visita y que comparta parte de su historial. En una reunión posterior, usted y el consejero crearán un plan de tratamiento individualizado. Es su elección y está en su poder identificar los objetivos de su tratamiento. Usted y su médico también acordarán las expectativas de su tratamiento aquí:

- Con qué frecuencia se reunirá, los días y horas, cuánto durará el tratamiento y qué sucede si el tratamiento se termina antes de tiempo.
- La finalización anticipada del tratamiento puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (decidida por el médico debido a factores como cancelaciones consecutivas o ausencias).

## **Privacidad y confidencialidad:**

Estamos comprometidos a proteger y respetar su privacidad y la confidencialidad de su información médica. El código de ética: HIPAA (Healthcare Information Portability and Accountability Act); así como el Capítulo 42 CFR Parte 2 (Confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas) exige que se proteja toda la información sobre usted; y que cualquier divulgación de su información médica protegida requiere su consentimiento por escrito.

## **Pagos y Tarifa:**

Puede optar por pagar usted mismo o usar un seguro de salud. Aceptamos las principales tarjetas de crédito para su comodidad. Si está experimentando dificultades financieras, puede calificar para ciertos cronogramas u opciones de pago especiales que se pueden pagar con un ingreso limitado, como una escala móvil.

## **Seguro:**

Aceptamos la mayoría de las pólizas de seguro de MassHealth y, en general, nuestros servicios están cubiertos en su totalidad. Si no se acepta su póliza de seguro, puede llamar a su proveedor directamente para ver si nuestros proveedores pueden estar cubiertos o si hay un beneficio fuera de la red disponible. El personal también puede ayudarlo con una agencia alternativa para referencia.

**Política de cancelación:**

No presentarse o notificar a LHI dentro de las 24 horas. No presentarse o notificar a LHI dentro de las 24 horas. de una cita programada o grupo resultará en una ausencia. La notificación de cancelación debe hacerse durante el horario comercial regular de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m. En circunstancias especiales, las citas / clases perdidas pueden ser excusadas.

**He recibido, leído y entiendo la información provista en este documento sobre mis derechos y expectativas sobre el tratamiento en el departamento de pacientes ambulatorios.**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

101 Jackson Street 4<sup>th</sup> Piso, Lowell, Ma 01852- (978) 459- 8646  
"Ayudar a las personas a reconstruir sus vidas hacia una vida de propósito y recuperación"  
[www.lowellhouseinc.org](http://www.lowellhouseinc.org)

Identificador de Alergias \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Lowell House, Inc.

#### Hoja de Contacto de Emergencia para Persona Recibiendo Servicios

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo(a)

Necesita Interpretar:  Si  No

Nombre de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_

#### **Jóvenes Adolescentes – Si eres menor de 18 Años, por favor complete esta sección**

Nombre del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

#### **Información Médica**

Doctor Primario: \_\_\_\_\_

Dirección de Doctor Primario: \_\_\_\_\_

Teléfono de Doctor Primario: \_\_\_\_\_

Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos y Dosis: \_\_\_\_\_

Nombre de Psiquiatra: \_\_\_\_\_

Dirección de su Psiquiatra: \_\_\_\_\_

Teléfono de su Psiquiatra: \_\_\_\_\_

#### **Información de Contacto de Emergencia – Persona para llamar en caso de una emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el Cliente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_



## Consentimiento para la divulgación de información confidencial

(por favor imprimir)

Yo, \_\_\_\_\_ Autorizo a Lowell House Inc (LHI) y sus afiliadas a divulgar a y/o recibir de:  
(Persona notificada/Tutor de la persona notificada)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona/organización a la que se hará la divulgación)

\_\_\_\_\_  
(Correo electrónico/teléfono)

**Cualquiera de la siguiente información sobre el trastorno por uso de sustancias (marque la casilla junto a cada formulario de información que está consintiendo divulgar lejos):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asistencia                       | <input type="checkbox"/> Estado del tratamiento                 |
| <input type="checkbox"/> Resultados de la prueba de orina | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento                    |
| <input type="checkbox"/> Resultados del alcoholímetro     | <input type="checkbox"/> Notas de progreso                      |
| <input type="checkbox"/> Resultados del hisopo oral       | <input type="checkbox"/> Confirmación de finalización           |
| <input type="checkbox"/> Datos de Intake                  | <input type="checkbox"/> Resumen de la aprobación de la gestión |
| <input type="checkbox"/> Datos de evaluación              | <input type="checkbox"/> Otro _____                             |
| <input type="checkbox"/> Evaluation results               |   |

El propósito de la autorización de divulgación en este documento es:

(Propósito de la divulgación, lo más específico posible)

Entiendo que mis registros están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias (42 CFR Parte 2) y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones.1 también entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de él. 1 acepta que esta versión expirará en la siguiente fecha, evento o condición:

(Fecha, evento o condición)

Fecha

\_\_\_\_\_  
(Persona notificada/Firma del tutor)

Fecha

\_\_\_\_\_  
(Firma del personal de LHI)



## Formulario de consentimiento de telesalud del cliente

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del cliente), por la presente doy mi consentimiento para participar en la salud telemental con Lowell House Addiction and Recovery \_\_\_\_\_  
Entiendo que la salud telemental es la práctica de brindar servicios de atención médica clínica a través de medios asistidos por tecnología u otros medios electrónicos entre un profesional y un cliente que se encuentran en dos ubicaciones diferentes.

Entiendo lo siguiente con respecto a la salud telemental:

1. Entiendo que tengo derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención futura, servicios o beneficios del programa a los que de otro modo tendría derecho.
- 2) Entiendo que he ingresado voluntariamente a los servicios de salud telemental y que si estoy bajo la supervisión de un com1 u otra agencia (identificada como "Colateral" a continuación), ya han aprobado mi alojamiento para participar en los servicios mencionados anteriormente de forma remota.
- 3) Entiendo que existen riesgos, beneficios y consecuencias asociados con la salud telemental, que incluyen, entre otros, la interrupción de la transmisión por fallas tecnológicas, la interrupción y / o violaciones de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas y / o la capacidad limitada para responder a emergencias.
4. Entiendo que cualquier interrupción, incumplimiento y / o situación que afecte mi capacidad para asistir virtualmente o permanecer presente durante una sesión puede afectar mi registro de asistencia, y es mi responsabilidad comunicar estas situaciones a Lowell House y tratar de rectificar, potencialmente a través de una sesión de recuperación. Esto puede resultar en que tenga que pagar una tarifa de sesión perdida o una tarifa de recuperación.
5. Entiendo que es una expectativa que haga adaptaciones personales con mi propia tecnología para asegurarme de que pueda ser visible y escuchado (una cámara y un micrófono que funcionen en la tecnología que estoy usando) durante las sesiones, y que pueda ubicarme físicamente en un lugar que proteja mi propia confidencialidad y la de los demás (si está en un entorno grupal).
- 6) Entiendo que no habrá grabación de ninguna de las sesiones en línea por ninguna de las partes. Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no pueden divulgarse a nadie sin autorización por escrito, excepto cuando la divulgación esté permitida y / o requerida por la ley.

7. 6) Entiendo que no habrá grabación de ninguna de las sesiones en línea por ninguna de las partes. Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no pueden divulgarse a nadie sin autorización por escrito, excepto cuando la divulgación esté permitida y / o requerida por la ley.  
(es decir, denuncia obligatoria de abuso infantil, anciano o adulto vulnerable; peligro para sí mismo o para otros; Planteo la salud mental / emocional como un problema en un procedimiento legal).
8. ¡Entiendo que si estoy teniendo suicidio] u homicida! pensamientos, experimentar activamente síntomas psicóticos o experimentar una crisis de salud mental que no se puede resolver de forma remota, se puede determinar que los servicios de salud telemental no son apropiados y se requiere un nivel de atención más intensivo o alterativo.

**He leído la información proporcionada anteriormente y la he discutido con mi fuente de garantía/ referencia. Entiendo la información contenida en este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.**

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma colateral

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de Lowell House

\_\_\_\_\_  
Fecha

101 Jackson Street 4th floor, Lowell MA, 01852 978-459-8656

" Ayudar a las personas a reconstruir sus vidas a una vida de propósito y recuperación.."

[www.lowellhouseinc.org](http://www.lowellhouseinc.org)

## Formulario de evaluación y detección del riesgo de tuberculosis en adultos (Para registro del paciente)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

| Evaluación del riesgo de tuberculosis |  | Sí                       | No                       |
|---------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1)                                    | ¿Nació en África, Asia, América Central, América del Sur, México, Europa del Este, el Caribe o el Medio Oriente?<br>¿En qué país nació? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2)                                    | En los últimos cinco años, ¿ha vivido o viajado por África, Asia, América Central, América del Sur, México, Europa del Este, el Caribe u Oriente Medio durante más de un mes?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3)                                    | En los últimos dos años, ¿ha vivido o estado cierto tiempo con alguien que ha estado enfermo de tuberculosis?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4)                                    | ¿Tiene (o ha tenido) alguna de estas enfermedades?<br>Diabetes                      Nefropatía<br>Infección por VIH              Colitis<br>Cáncer                              Cirugía de estómago o intestino<br>Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5)                                    | ¿Está tomando algún medicamento que según su médico podría debilitar su sistema inmunológico o aumentar su riesgo de infecciones?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6)                                    | En el último año, ¿se ha inyectado drogas no recetadas por su médico?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7)                                    | ¿Ha vivido o trabajado alguna vez en una prisión, cárcel, hogares de tránsito o centro de atención a largo plazo? (ejemplo: asilo para ancianos, tratamiento por abuso de sustancias, centro de rehabilitación)                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Evaluación de síntomas. En este momento, ¿tiene alguno de estos síntomas? |  | Sí                       | No                       |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 1)  | ¿Tos por más de dos o tres semanas?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2)  | ¿Tos con sangre?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3)  | ¿Pérdida de peso de más de 10 libras sin razón conocida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4)  | ¿Fiebre de 100 °F (o 38 °C) durante más de dos semanas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5)  | ¿Sudoración inusual o abundante por la noche?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6)  | ¿Debilidad inusual o fatiga extrema?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si responde "sí" a alguna de las preguntas anteriores, es posible que tenga un mayor riesgo de contraer la infección de tuberculosis. Entregue este formulario a su proveedor médico.**

Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS (DAST-10)

Las siguientes preguntas se refieren a información acerca de su potencial involucramiento con drogas **excluyendo alcohol y tabaco** durante los últimos 12 meses. Lea con cuidado cada pregunta y decida si su respuesta es "No" o "Si". Después, marque el casillero apropiado junto a la pregunta.

Cuando la palabra "abuso de drogas" es usada, esta se refiere al uso de medicinas compradas con receta médica o sin ella y que son ingeridas en exceso de lo recomendado. Las varias clases de drogas pueden incluir: cannabis (mariguana, hashis), solventes, tranquilizantes (Valium), barbitúricos, cocaína, estimulantes (speed), alucinógenos (LSD) o narcóticos (heroína). Recuerde que las preguntas **no incluyen** alcohol o tabaco.

Por favor responda cada pregunta. Si tiene dificultades con alguna de las preguntas, escoja la que le parezca correcta.

| <u>Estas Preguntas Están Referidas a los Últimos Doce Meses:</u>  | No | Si |
|---|----|----|
| ¿Ha usado drogas que no eran requeridas por razones médicas?  | 0  | 1  |
| ¿Usted abusa más de una droga a la vez?   | 0  | 1  |
| ¿Es usted capaz de parar de usar drogas siempre cuando se lo propone?<br>(Si nunca ha usado drogas, responda Si)                    | 0  | 1  |
| ¿Ha tenido "perdidas de conocimiento" o una "memoria repentina" como resultado del uso de drogas?                                   | 0  | 1  |
| ¿Alguna vez se siente mal o culpable debido a su uso de drogas?<br>(Si nunca ha usado drogas, responda No)                          | 0  | 1  |
| ¿Alguna vez su pareja (o familiares) se han quejado de su uso de drogas?  | 0  | 1  |
| ¿Ha desatendido a su familia debido a su uso de drogas?   | 0  | 1  |
| ¿Se ha implicado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas?  | 0  | 1  |
| ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando dejó de usar drogas?                                 | 0  | 1  |
| ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (perdida de la memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragia, etc.)? | 0  | 1  |

## Prueba MAST

La prueba MAST es una prueba simple y autopuntuable que ayuda a evaluar si usted tiene un problema con la bebida. Responda sí o no a las siguientes preguntas:

1. Sientes que eres un bebedor normal? ("Normal" se define como un bebedor tanto o menos que la mayoría de las personas)  
 YES  NO
2. Alguna vez te has despertado la mañana después de beber la noche anterior y has descubierto que no podías recordar una parte de la noche?  
 YES  NO
3. ¿Algún pariente cercano o amigo cercano alguna vez se preocupa o se queja de tu entintado?  
 YES  NO
4. ¿Se puede dejar de beber sin dificultad después de una o dos copas?  
 YES  NO
5. Alguna vez te sientes culpable por beber?  
 YES  NO
6. Alguna vez ha asistido a una reunión de Alcohólicos Anónimos (AA)?  
 YES  NO
7. Alguna vez te has metido en peleas físicas al beber?  
 YES  NO
8. ¿Alguna vez la bebida ha creado problemas entre usted y un pariente cercano o amigo cercano?  
 YES  NO
9. Algún miembro de la familia o amigo cercano ha acudido a alguien para pedirle ayuda sobre su consumo de alcohol?  
 YES  NO
10. Alguna vez has perdido amigas debido a tu consumo de alcohol?  
 YES  NO
11. Alguna vez te has metido en problemas en el trabajo debido a la bebida?  
 YES  NO
12. Alguna vez has perdido un trabajo por beber?  
 YES  NO

13. Alguna vez ha descuidado sus obligaciones, su familia o su trabajo durante dos o más días seguidos porque estaba bebiendo?  
 YES  NO
14. Bebe antes del mediodía con bastante frecuencia?  
 YES  NO
15. Alguna vez le han dicho que tiene problemas hepáticos, como cirrosis?  
 YES  NO
16. Después de un intenso drinking, ¿alguna vez ha tenido delirium tremens (DT), temblores intensos, alucinaciones visuales o auditivas (auditivas)?  
 YES  NO
17. Alguna vez has acudido a alguien en busca de ayuda sobre tu consumo de alcohol?  
 YES  NO
18. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado por beber?  
 YES  NO
19. ¿Alguna vez su consumo de alcohol ha resultado en su hospitalización en una sala psiquiátrica?  
 YES  NO
20. Alguna vez ha ido a algún médico, trabajador social, clérigo o clínica de salud mental para obtener ayuda con algún problema emocional en el que beber era parte del problema?  
 YES  NO
21. Ha sido acusado más de una vez por conducir bajo la influencia del alcohol?  
 YES  NO
22. Alguna vez ha sido arrestado, o detenido por un funcionario durante unas horas, debido a otro comportamiento mientras bebe?  
 YES  NO

## CAGE

1. Alguna vez has pensado en reducir el consumo de alcohol?  
 YES  NO
2. Alguna vez te has sentido molesto cuando tus amigos o miembros de tu familia expresaron preocupación por tu consumo de alcohol?  
 YES  NO

3. Alguna vez te has sentido mal o culpable por beber?

YES  NO

4. Alguna vez bebes por la mañana antes del desayuno o antes de ir a trabajar?

YES  NO



|  |                      |  |
|--|----------------------|--|
| <b>Nombre de la persona:</b><br>(Nombre/Segundo Nombre/Apellido) | Número de registro:  | Fecha de Admisión:   |
| <b>Organización/Nombre del programa:</b>                         | Fecha de Nacimiento: | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Transgénero |

(Marque todo lo que corresponda a continuación)

|   |
|---|
| 1. ¿Qué drogas sueles consumir? <input type="checkbox"/> N/A<br><input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Other Opioides <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Metadona <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas<br><input type="checkbox"/> Inhalantes <input type="checkbox"/> Marijuana <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| 2. ¿Cómo usas tus drogas? <input type="checkbox"/> N/A<br><input type="checkbox"/> Inyectar <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Fumar <input type="checkbox"/> Inhalar <input type="checkbox"/> Otro: _____  |
| 3. Si se inyecta drogas, ¿con qué frecuencia usa agujas nuevas? <input type="checkbox"/> N/A<br><input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Nunca  |
| 4. Si usa agujas nuevas, ¿dónde las consigue? <input type="checkbox"/> N/A<br><input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Intercambio de agujas <input type="checkbox"/> Otro _____  |
| 5. Si usa agujas, ¿cómo las desecha? <input type="checkbox"/> N/A<br><input type="checkbox"/> Tirar a la basura <input type="checkbox"/> Intercambio de agujas <input type="checkbox"/> Llevar a la Farmacia <input type="checkbox"/> Sitio de eliminación <input type="checkbox"/> Otro _____  |
| 6. ¿Alguna vez comparte agujas/equipos de inyección? <input type="checkbox"/> N/A<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| 7. En los últimos cinco años, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?<br><input type="checkbox"/> 20 o más <input type="checkbox"/> 10-19 <input type="checkbox"/> 3-9 <input type="checkbox"/> 0-2  |
| 8. ¿Con qué frecuencia usa protección contra infecciones <input type="checkbox"/> N/A<br><input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Nunca   |
| 9. ¿Has tenido sexo por dinero, drogas o algo que necesitabas?<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   |
| 10. ¿Cuándo fue la última vez que te hiciste la prueba del VIH?<br><input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Nunca  |
| 11. ¿Recibió sus resultados? <input type="checkbox"/> N/A<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| 12. ¿Le gustaría obtener más información sobre el VIH, dónde hacerse la prueba / tratarse?<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   |
| <b>Por favor, marque lo que se proporcionó a la persona atendida a continuación:</b><br><input type="checkbox"/> Hoja informativa sobre el VIH <input type="checkbox"/> Solo información <input type="checkbox"/> Referido <input type="checkbox"/> Viral Hepatitis Information<br><input type="checkbox"/> Otra STI información <input type="checkbox"/> Otro: _____   |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>Otras Notas / Recomendaciones:</b> |
|---------------------------------------|



|  |                            |
|--|----------------------------|
| <b>Nombre de la persona:</b><br>(Nombre/Segundo Nombre/Apellido) | <b>Número de registro:</b> |
|--|----------------------------|

|   |               |   |               |
|---|---------------|---|---------------|
| <b>Firma de la Persona</b> (Opcional, si es clínicamente apropiado) | <b>Fecha:</b> | <b>Firma del Padre / Tutor</b> (Si es apropiado):                               | <b>Fecha:</b> |
| <b>Clínico/Proveedor - Nombre en letra de imprenta/Credencial:</b>  | <b>Fecha:</b> | <b>Supervisor - Nombre en letra de imprenta / credencial</b> (Si es requerido): | <b>Fecha:</b> |
| <b>Firma del médico/proveedor:</b>                                  | <b>Fecha:</b> | <b>Firma del supervisor</b> (Si es requerido):                                  | <b>Date:</b>  |
| <b>Psiquiatra/MD/DO</b> (Si es requerido):                          | <b>Fecha:</b> |   |               |

|  |                      |   |
|--|----------------------|---|
| Nombre de la persona (nombre, letra inicial del segundo nombre de pila, apellido): | N.º de registro:     | Fecha de admisión:  |
| Organización/Nombre del programa: Lowell House, Inc.                               | Fecha de nacimiento: | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero |

PREGUNTAR. Identificar sistemáticamente a todos los consumidores de tabaco en cada visita.

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca usé tabaco  | → Fomentar la abstinencia continua/Proceder a la sección de firmas.   |
| <input type="checkbox"/> Consumidor de tabaco en recuperación  | → ¿Necesita más ayuda en este momento? <input type="checkbox"/> No > Continúe con la sección de firmas. <input type="checkbox"/> Sí > Continúe con la sección Asistencia. |
| <input type="checkbox"/> Número promedio de Cigarillos ___ / Cigarros ___ / Cazoletas de pipa _ que fuma por día |   |
| <input type="checkbox"/> Consumo promedio de Tabaco rapé ___ / Masticar tabaco ___ / Otro: - por día             |   |
| ¿Qué tan pronto después de despertarse consume tabaco?   |   |

CONSEJO. Instar enfáticamente a todos los consumidores de tabaco a que dejen de fumar.

Este programa se preocupa por todos los aspectos de su salud y adicciones, incluida la adicción a la nicotina, especialmente porque existen riesgos especiales para los consumidores de tabaco con antecedentes de abuso de alcohol y otras drogas. Lo animo a que considere dejar de fumar ahora o en el futuro.

EVALUAR. Determinar la disposición y disponibilidad para intentar dejar de fumar.

|  |   |
|--|---|
| 1. En una escala del 1 al 10, siendo 1 nada importante y 10 extremadamente importante, ¿qué tan importante diría que es para usted dejar de consumir tabaco? | <i>En absoluto</i> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <i>Extremadamente</i> |
| 2. En la misma escala, ¿qué tan interesado está en dejar de fumar?   | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10  |

Si no está interesado, pregunte: ¿Qué lo haría estar más interesado?

|   |   |
|---|---|
| Si decidió dejar de fumar, en una escala del 1 al 10, ¿qué tan seguro está de que podría hacerlo con éxito? | <i>En absoluto</i> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <i>Extremadamente</i> |
|---|---|

Si no está seguro, pregunte: ¿Cómo podría el programa ayudarlo a tener más confianza?

Si tuviera que dejar, ¿cuáles serían algunas de las razones?

#### ETAPA DE CAMBIO

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No considera dejar de fumar ( <i>Consideración previa</i> )              | <input type="checkbox"/> Libre de tabaco 1 día a 6 meses ( <i>Acción</i> )      |
| <input type="checkbox"/> Pensando en dejarlo ( <i>Consideración</i> )                             | <input type="checkbox"/> Libre de tabaco 6 meses o más ( <i>Mantenimiento</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Listo para dejar de fumar en los próximos 30 días ( <i>Preparación</i> ) |   |

Si está en preparación, pregunte: ¿Qué pasos ha dado para prepararse para su intento de dejar de fumar?

AYUDAR. Ayudar a la persona atendida a dejar de fumar o planificar para el futuro.

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Evalúe las experiencias anteriores al intentar dejar de fumar:<br>¿Cuántas veces ha intentado dejar de consumir tabaco?<br>¿Qué tipos de Terapia de reemplazo de nicotina ( <i>Nicotine Replacement Therapy</i> , NRT) ha probado? (goma de mascar, parches, inhalador, Zyban/Wellbutrin)                     |
| <input type="checkbox"/> Analice los programas disponibles: * Consejería individual y NRT en el centro * Derivación a un especialista local en tratamiento del tabaco fuera del centro * Apoyo para la reducción gradual * Apoyo para el "síndrome de abstinencia" * Materiales de autoayuda * Información de Fumadores Anónimos (NA): |
| Brinde materiales y fomente el apoyo, incluido el uso de asesoramiento telefónico en:<br>Línea de ayuda libre de tabaco 1-800-QUIT-NOW o sitio web <a href="http://www.makesmokinghistory.org">www.makesmokinghistory.org</a>  |

ORGANIZAR. Programar contacto de seguimiento

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Derivación ofrecida para tratamiento de tabaquismo en el centro:                    | <input type="checkbox"/> La persona atendida desea ser derivada <input type="checkbox"/> La persona atendida no desea ser derivada |
| <input type="checkbox"/> Se realizará un seguimiento como parte de la planificación regular del tratamiento. |  |

|  |        |  |        |
|--|--------|--|--------|
| Nombre de la persona (nombre, letra inicial del segundo nombre de pila, apellido):       |        | N.º de registro:   |        |
| Firma de la persona (opcional, si es clínicamente apropiado)                             | Fecha: | Firma del padre/tutor (si corresponde):                            | Fecha: |
| Médico clínico/Proveedor - Nombre en letra imprenta/Credencial:                          | Fecha: | Supervisor. Nombre en letra imprenta/Credencial (si es necesario): | Fecha: |
| Firma del médico clínico/proveedor:  | Fecha: | Firma del supervisor (si es necesario);                            | Fecha: |
| Psiquiatra/Doctor en medicina (MD)/Doctor en medicina osteopática (DO) (si se requiere): | Fecha: |  |        |

# Pantalla de juego de Massachusetts (MAGS)

Por favor, marque con un círculo la respuesta que mejor represente su respuesta.

| <i>Preguntas</i>   | <i>Respuestas</i>       |     |
|--|-------------------------|-----|
| 1. ¿Alguna vez ha apostado (por ejemplo, apostando dinero en la lotería, bingo, eventos deportivos, juegos de casino, cartas, carreras u otros juegos de azar)? .....  | 1. No                   | Sí  |
| 2. ¿Alguna vez ha experimentado presión social, psicológica o financiera para comenzar a apostar o aumentar la cantidad que juega?   | 2. No                   | Sí  |
| 3. ¿Cuánto sueles apostar en comparación con la mayoría de las otras personas?   | 3. Menos sobre lo mismo | Más |
| 4. ¿Sientes que la cantidad o frecuencia de tu juego es "normal"?<br>.....   | 4. Sí                   | No  |
| 5. ¿Tus amigos o familiares piensan en ti como un jugador "normal"?<br>....  | 5. Sí                   | No  |
| 6. ¿Alguna vez has sentido la presión de apostar cuando no juegas?   | 6. No                   | Sí  |
| <b>Sí nunca ha apostado, por favor pase a la pregunta #29 ahora.</b>   |                         |     |
| 7. ¿Alguna vez te sientes culpable por tu juego?   | 7. No                   | Sí  |
| 8. ¿Algún miembro de su familia alguna vez se preocupa o se queja de su juego?   | 8. No                   | Sí  |
| 9. ¿Alguna vez has pensado que deberías reducir o dejar de apostar?  | 9. No                   | Sí  |
| 10. ¿Siempre puedes dejar de apostar cuando quieres? .....   | 10. Sí                  | No  |
| 11. ¿Alguna vez su juego ha creado problemas entre usted y algún miembro de su familia o amigos?   | 11. No                  | Sí  |
| 12. ¿Alguna vez te has metido en problemas en el trabajo o la escuela debido a tu juego?   | 12. No                  | Sí  |
| 13. ¿Alguna vez ha descuidado sus obligaciones (por ejemplo, familia, trabajo o escuela) durante dos o más días seguidos porque estaba jugando?  | 13. No                  | Sí  |
| 14. ¿Alguna vez has acudido a alguien en busca de ayuda sobre tu juego?  | 14. No                  | Sí, |
| 15. ¿Alguna vez ha sido arrestado por una actividad relacionada con el juego?..  | 15. No                  | sí  |
| 16. ¿Ha estado preocupado durante los últimos 12 meses pensando en formas de obtener dinero para apostar o revivir experiencias de juego pasadas (por ejemplo, discapacidad, selección de un número)?<br>..... | 16. No                  | Sí  |
| 17. Durante los últimos 12 meses, ¿ha apostado cantidades cada vez mayores de dinero para experimentar el nivel deseado de emoción del juego?<br>.....   | 17. No                  | Sí  |
| 18. Durante los últimos 12 meses, ¿descubrió que la misma cantidad de juegos de azar tuvo menos efecto en usted que antes? .....   | 18. No                  | Sí  |
| 19. ¿Dejar de apostar o reducir la cantidad de juego te ha hecho sentir inquieto o irritable durante los últimos 12 meses?   | 19. No                  | Sí  |





# Appendix C

## Autodeclaración de ingresos

Las regulaciones federales requieren que obtiene está agricultura documento que se está brindando asistencia a hogares de bajos ingresos moderados. El Participante/Tutor debe completar este formulario indicando todas las personas que residen dentro de su hogar, independientemente de si están relacionadas. El concesionario debe conservar este formulario para los requisitos de informes mensuales como nosotros/1 como para las visitas de monitoreo en el sitio.

**LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO SE MANTIENE CONFIDENCIAL Y NO SE COMPARTE CON NINGUNA OTRA AGENCIA**

**TENGA EN CUENTA: LAS CUATRO SECCIONES DE ESTE FORMULARIO DEBEN COMPLETARSE PARA RECIBIR EL REEMBOLSO**

### INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

1. ESTADO DEL PARTICIPANTE:  Familia  Individual

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

2. ETNIA (seleccione onlv uno):

Hispano o Latino  no hispano o latino

3. RAZA (seleccione solo una):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco                                     | <input type="checkbox"/> Americano Indian/nativo de Alaska y blanco              |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano                        | <input type="checkbox"/> Asiáticos y blancos                                     |
| <input type="checkbox"/> Asiático                                   | <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericanos y Blancos                          |
| <input type="checkbox"/> Americano Indian/nativo de Alaska          | <input type="checkbox"/> Americano Indian/nativo de Alaska y negro/afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/Otro Islander del Pacífico | <input type="checkbox"/> Otros multirraciales _____                              |

4. INFORMACIÓN DEL HOGAR

- 1) Encierre en un círculo el número de miembros de la familia y no familiares que viven en su hogar a continuación.
- 2) 2) Encierre en un círculo el nivel de ingresos correspondiente (ingreso familiar medio para el año fiscal 2018-19) Nota: No es necesario que esté en la misma fila que el número. del tamaño del hogar: debe ser preciso el hogar anual en el futuro.

| Tamaño del hogar | 0%-30%        | 31%-50%           | 51%- 80%           | 81% y mas |
|------------------|---------------|-------------------|--------------------|-----------|
| 1                | \$0- \$22,150 | 22,151-\$36,900   | \$36,901-\$50,350  | \$50,351+ |
| 2                | \$0-\$25,300  | \$25,301-\$42,200 | \$42,201-\$57,550  | \$57,551+ |
| 3                | \$0-\$28,450  | \$28,451-\$47,450 | \$47,451-\$64,750  | \$64,751+ |
| 4                | \$0-\$31,600  | \$31 601-\$52,700 | \$52,701- \$71,900 | \$71,901+ |
| 5                | \$0-34,150    | \$34,151-56,950   | \$56,951-\$77,700  | \$77,701+ |
| 6                | \$0-\$36,700  | \$36,701-\$61,150 | \$61,151-\$83,450  | \$83,451+ |
| 7                | \$0-\$39,200  | \$39,201-\$65,350 | \$65,351-\$89,200  | \$89,201+ |

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Participante/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_