

No. OMB: 0930-0400

Fecha de vencimiento: 31/01/2028

**Administración de Servicios de Salud
Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA
por sus siglas en inglés) Herramienta unificada
de informes de rendimiento (SUPRT por sus
siglas en inglés) - C**

**FORMULARIO PARA NIÑO (5 a 17) / CUIDADOR /
PERIODO REEVALUACIÓN**

Versión: junio de 2025

No. OMB: 0930-0400

Fecha de vencimiento: 31/01/2028

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

¿Está respondiendo por su hijo como cuidador o miembro de la familia? Este formulario fue diseñado para cuidadores/familiares que responden por su hijo(s). Si ese no es su caso, pídale a su proveedor el formulario para cuidadores/familiares para jóvenes (de 12 a 17 años) que responden para ellos mismos o para adultos (18 o más años).

¿De qué se trata este formulario?

La Administración de Servicios de Salud Mental para el Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés) financia parte de sus servicios de salud conductual. SAMHSA recopila esta información para monitorear y mejorar los servicios en su comunidad y en todo el país. Sus respuestas a estas preguntas ayudarán a SAMHSA y a su proveedor.

¿Cómo se utiliza mi información?

SAMHSA no recopila el nombre de su hijo(s) ni información que pueda identificarlo. La Ley de Privacidad de 1974, 5 U.S.C § 552a, también requiere que SAMHSA proteja la privacidad de su información.

SAMHSA recopila esta información de todas las personas a las que se presta servicio. SAMHSA busca tendencias o patrones en los datos. SAMHSA combina la información recopilada para ver si es necesario mejorar los servicios.

¿Tengo que rellenar este formulario?

No. No es necesario que llene este formulario. Esto no resultará en ninguna pérdida de servicios o beneficios.

Si decide participar, puede:

- Omitir las preguntas que no desea responder.
- Dejar de llenar el formulario en cualquier momento.

¿Cuánto tiempo se tarda en llenar el formulario?

Le llevará unos 5 minutos.

¿Cómo acepto participar?

Al responder a las siguientes preguntas, usted acepta participar.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 5 minutos por respuesta. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de la carga, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, al Oficial de Autorización de Informes de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) actualmente válido. El número de control para este proyecto es 0930-0400.

A. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

A1. ¿Qué tan difícil es para usted pagar lo más básico, como alimentos, vivienda, atención médica y calefacción para su hijo/a?

- ☐ Muy difícil
- ☐ Algo difícil
- ☐ No es difícil
- ☐ No soy la persona responsable de pagar los gastos básicos de mi hijo/a
- ☐ Prefiero no contestar

A2. ¿Cuál es la situación de su hijo/a vivienda hoy?

- ☐ Mi hijo/a tiene un lugar estable para vivir
- ☐ Mi hijo/a tiene un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
- ☐ Mi hijo/a no tiene un lugar estable para vivir (mi hijo(a) está quedando temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o tren, o en un parque)
- ☐ Prefiero no contestar

A3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la situación de vivienda de su hijo/a actual?

- ☐ Casa o apartamento
- ☐ El domicilio de su pareja
- ☐ Donde un amigo o familiar, pagando renta
- ☐ Donde un amigo o familiar, sin pagar renta
- ☐ Programa de vivienda permanente
- ☐ Programa de vivienda transitoria
- ☐ Refugio para víctimas de violencia doméstica
- ☐ Refugio de emergencia
- ☐ Hotel o motel con vóucher
- ☐ Hotel o motel pagado, pagando su estancia
- ☐ Programa residencial de drogas o alcohol
- ☐ Cárcel o prisión
- ☐ Coche u otro vehículo
- ☐ Edificio abandonado
- ☐ En cualquier lugar al aire libre
- ☐ En otro lugar [donde]: _____
- ☐ Prefiero no contestar

A4. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha terminado su hijo/a?

- ☐ Preescolar – Kindergarten
- ☐ Grado 1 – Grado 5
- ☐ Grade 6 – Grado 8
- ☐ Grado 9 – Grado 12
- ☐ Título de secundaria o GED
- ☐ Prefiero no contestar

A5. En los últimos 3 meses, ¿su hijo/a ha asistido a la escuela/universidad, educación en el hogar o capacitación vocacional regularmente?

- ☐ Matriculado, asisten regularmente
- ☐ Matriculado, no asisten regularmente
- ☐ No están matriculado
- ☐ Prefiero no contestar

Gracias por completar este formulario.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de 15 minutos por respuesta. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de la carga, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, al Oficial de Autorización de Informes de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Room 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) actualmente válido. El número de control para este proyecto es 0930-0400.

[OFFICE USE ONLY] RECORD MANAGEMENTCLIENT ID SITE ID GRANT ID **1. Was this assessment conducted with the client/caregiver?**

- ☐ Yes – Client
- ☐ Yes – Caregiver/Proxy
- ☐ No

1a. [IF QUESTION 1 IS YES] When? / / MM / DD / YYYY**1b. [IF QUESTION 1 IS NO] Why not? Choose the primary reason.**

- ☐ Client/Caregiver was unable to provide consent
- ☐ Client/Caregiver was not reached for assessment
- ☐ Client no longer in care