**Illinois Medicaid – Herramienta de evaluación de crisis (IM-CAT)**

**Hoja de calificación y resumen**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. INFORMACIÓN DEL CLIENTE** | | | | | | | | |
| **Nombre:** | | **Apellido:** | | **Número de identificación del beneficiario (RIN):** | | **Fecha de nacimiento:** | | **Género:** |
|  | |  | |  |
| **Cobertura  de seguro:** | Medicaid - FFS  Medicaid – Atención administrada  Seguro privado  Ninguna  No lo sé | | | | | **Compañía de seguros:**  N/A | | |
| **Situación  de la tutela:** | Es su propio tutor  Padres biológicos  Padres adoptivos | | Youth in Care  Otro tutor designado por el tribunal  Otra: | **Servicios de intérprete:** | No se requiere ninguno  Lengua de señas americana  Lenguaje hablado: | | TDD/TYY  Otro: | |
| **¿Se recibió el consentimiento del tutor?:**  Sí  No  N/A | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2. EVALUACIÓN**  Evaluación inicial de la crisis  Atención las 24 horas de casos no urgentes  Alta médica  Otra: | | | |
| **Fecha de la llamada:** | **Hora de la llamada:** | **Evaluador de la crisis (nombre):** | **Credenciales del evaluador:** |
|  | a. m.  p. m. |  | MHP  QMHP  LPHA |
| **Fecha de la evaluación:** | **Hora de inicio de  la evaluación:** | **Hora de finalización  de la evaluación:** | **Diagnóstico:** |
|  | a. m.  p. m. | a. m.  p. m. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. TRASLADOS**  N/A | | | |
| **De hospital a hospital** | **Hospital que deriva al paciente:** | **Ciudad/estado:** | **Fecha del traslado:** |
| **Hospital que recibe al paciente:** | **Ciudad/estado:** |  |
| **De SASS a SASS** | **SASS que deriva al paciente:** | **Ciudad/estado:** | **Fecha del traslado:** |
| **SASS que recibe al paciente:** | **Ciudad/estado:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. DISPOSICIÓN** | | | | | | |
| **Estabilizado en la comunidad** (indique los recursos comunitarios a continuación) | | | | **Ciudad/estado:** | | **Fecha:** |
|  | 1. **Nombre:** | **Tipo de recurso:** | | | **N.° de teléfono:** | |
|  | 2. **Nombre:** | **Tipo de recurso:** | | | **N.° de teléfono:** | |
|  | 3. **Nombre:** | **Tipo de recurso:** | | | **N.° de teléfono:** | |
| **Hospitalizado en:** | | | **Ciudad/estado:** | | **Fecha de ingreso:** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. ESTADO MENTAL:** Documentar las observaciones clínicas para respaldar el estado mental actual del cliente  como se indica a continuación. | | | | | | | | | | | |
| Aspecto y conducta: | | | | | | | | | | | |
| Amenazante: | Sí | No | Estado de ánimo: | WNL | Deprimido | | Maníaco | | Ansioso | | Enojado |
| Suicida: | Sí | No | Expansivo | | | Lábil | | | |  |
| Homicida: | Sí | No | Afecto: | WNL | Triste | Enojado | | Apático | | Restringido | |
| Control de los impulsos: | Malo | Bueno | Inadecuado | | | | | | | |
| Alucinatorio: | Sí | No | Percepción: | Buena | Regular | | Malo | | | | |
| Delirante: | Sí | No | Orientación: | WNL | Disminuida | |  | | | | |
| Juicio: | WNL | Disminuido | Cognición: | WNL | Asociaciones laxas/desorganizado | | | | | | |
| Memoria: | WNL | Disminuido | **Tome en cuenta lo siguiente: WNL = Dentro de los límites normales** | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Para todos los componentes del Test Apercepción Infantil (CAT, por sus siglas en inglés) se usan las categorías siguientes:** | | | |
| 0 | No existe evidencia de ninguna necesidad. | 2 | Se requiere acción o intervención para asegurar que la necesidad identificada sea abordada. |
| 1 | Necesidad que requiere monitoreo, observación atenta o acción preventiva. Es posible que esta haya sido una conducta de riesgo en el pasado. | 3 | Se requiere una acción intensiva y/o inmediata para abordar la necesidad o conducta de riesgo. |
| **Tome en cuenta lo siguiente: Los ítems individuales de la prueba CAT que no son aplicables a toda la vida de  la persona tienen rangos de edades específicos para los cuales debe completarse el ítem indicados delante  del nombre del ítem. Si el ítem no se aplica a la edad de la persona, califique al ítem como “N/A”.** | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. EVALUACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CONDUCTAS DE RIESGO** | **N/A** | **0** | **1** | **2** | **3** |  |  | **N/A** | **0** | **1** | | **2** | | **3** | |
| 0-6: Autolesión |  |  |  |  |  |  | Mayor de 6: Conducta sexualmente problemática |  |  |  | |  | |  | |
| 1-6: Conducta agresiva |  |  |  |  |  |  | Mayor de 6: Prender fuego |  |  |  | |  | |  | |
| 3-6: Riesgo de huida |  |  |  |  |  |  | Mayor de 6: Peligro para otras personas |  |  |  | |  | |  | |
| Mayor de 3: Riesgo de suicidio |  |  |  |  |  |  | Mayor de 6: Otras autolesiones (temeridad) |  |  |  | |  | |  | |
| Mayor de 3: Toma de decisiones |  |  |  |  |  |  | Mayor de 6: Conducta de autolesión no suicida |  |  |  | |  | |  | |
| Mayor de 3: Mala conducta intencional |  |  |  |  |  |  | Mayor de 6: Conducta delictiva/criminal |  |  |  | |  | |  | |
| 6-21: Fugitiva(o) |  |  |  |  |  |  | Mayor de 6: Seguridad comunitaria |  |  |  | |  | |  | |
| **NECESIDADES CONDUCTUALES/ EMOCIONALES** | **N/A** | **0** | **1** | **2** | **3** |  |  | **N/A** | **0** | **1** | | **2** | | **3** | |
| Depresión |  |  |  |  |  |  | 3-18: Oposicionista |  |  |  | |  | |  | |
| Ansiedad |  |  |  |  |  |  | Mayor de 3: Control de la ira/tolerancia a la frustración |  |  |  | |  | |  | |
| Adaptación al trauma |  |  |  |  |  |  | Mayor de 3: Impulsividad/hiperactividad |  |  |  | |  | |  | |
| 0-6: Conductas atípicas/repetitivas |  |  |  |  |  |  | Mayor de 6: Conducta/comportamiento antisocial |  |  |  | |  | |  | |
| 0-6: Control emocional |  |  |  |  |  |  | Mayor de 6: Psicosis  (trastorno del pensamiento) |  |  |  | |  | |  | |
| 0-6: Desarrollo deficiente |  |  |  |  |  |  | Mayor de 6: Consumo de sustancias |  |  |  | |  | |  | |
| 0-21: Dificultades para la vinculación |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |
| **NECESIDADES DE FUNCIONAMIENTO** | **N/A** | **0** | **1** | **2** | **3** |  |  | **N/A** | **0** | **1** | | **2** | | **3** | |
| Situación de vivienda |  |  |  |  |  |  | Mayor de 1: Sueño |  |  |  | |  | |  | |
| Funcionamiento familiar |  |  |  |  |  |  | 0-6: Alimentación/evacuación |  |  |  | |  | |  | |
| Funcionamiento social |  |  |  |  |  |  | 0-21: Escuela/preescolar/guardería |  |  |  | |  | |  | |
| Desarrollo/intelectual |  |  |  |  |  |  | Mayor de 16: Rol de padres/cuidadores |  |  |  | |  | |  | |
| Cumplimiento con la medicación |  |  |  |  |  |  | Mayor de 21: Empleo |  |  |  | |  | |  | |
| **PROTECCIÓN** | **N/A** | **0** | **1** | **2** | **3** |  |  | **N/A** | **0** | | **1** | | **2** | | **3** |
| Seguridad |  |  |  |  |  |  | Violencia conyugal/de pareja  en el hogar |  |  | |  | |  | |  |
| **RECURSOS Y NECESIDADES DE  LOS CUIDADORES** | La(el) clienta(e) es su propio tutor:  Sí  No *(Si respondió* ***Sí****, omita esta sección)* | | | | | | | | | | | | | | |
| **N/A** | **0** | **1** | **2** | **3** |  |  | **N/A** | **0** | | **1** | | **2** | | **3** |
| Supervisión |  |  |  |  |  |  | Salud/salud conductual |  |  | |  | |  | |  |
| Implicación en la atención |  |  |  |  |  |  | Estrés familiar |  |  | |  | |  | |  |
| Recursos sociales |  |  |  |  |  |  | 0-21: Empatía con los niños |  |  | |  | |  | |  |
| Estabilidad residencial  de los cuidadores |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **7. NOTAS/COMENTARIOS/ACLARACIONES:** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8. FIRMAS** | | | | | | |
|  | **Evaluador** *(nombre en letra de imprenta)* |  | **Firma** |  | **Fecha** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Consulta con un Profesional de salud mental calificado (QMHP)/Profesional médico con licencia (LPHA)** *(cuando proceda)* |  | **Firma** |  | **Fecha de la consulta** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |