**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** |  |
|  |       |  |  |  |       |  |
|  |  |  |  |  |  |  |