

**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: <input type="checkbox"/> Medicaid - FFS <input type="checkbox"/> Medicaid – Atención administrada <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> No lo sé			Compañía de seguros: <input type="checkbox"/> N/A	
Situación de la tutela: <input type="checkbox"/> Es su propio tutor <input type="checkbox"/> Padres biológicos <input type="checkbox"/> Padres adoptivos		Servicios de intérprete: <input type="checkbox"/> Youth in Care <input type="checkbox"/> Otro tutor designado por el tribunal <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> No se requiere ninguno <input type="checkbox"/> TDD/TYY <input type="checkbox"/> Lengua de señas americana <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Lenguaje hablado: _____		
¿Se recibió el consentimiento del tutor?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A				
2. EVALUACIÓN				
<input type="checkbox"/> Evaluación inicial de la crisis <input type="checkbox"/> Atención las 24 horas de casos no urgentes <input type="checkbox"/> Alta médica <input type="checkbox"/> Otra: _____				
Fecha de la llamada:	Hora de la llamada: <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	Evaluador de la crisis (nombre):	Credenciales del evaluador: <input type="checkbox"/> MHP <input type="checkbox"/> QMHP <input type="checkbox"/> LPHA	
Fecha de la evaluación:	Hora de inicio de la evaluación: _____ <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	Hora de finalización de la evaluación: _____ <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	Diagnóstico:	
3. TRASLADOS				
<input type="checkbox"/> N/A				
<input type="checkbox"/> De hospital a hospital	Hospital que deriva al paciente: Hospital que recibe al paciente:	Ciudad/estado: Ciudad/estado:	Fecha del traslado:	
<input type="checkbox"/> De SASS a SASS	SASS que deriva al paciente: SASS que recibe al paciente:	Ciudad/estado: Ciudad/estado:	Fecha del traslado:	
4. DISPOSICIÓN				
<input type="checkbox"/> Estabilizado en la comunidad Ciudad/estado: _____ Fecha: _____ (indique los recursos comunitarios a continuación)				
1. Nombre: _____	Tipo de recurso: _____	N.º de teléfono: _____		
2. Nombre: _____	Tipo de recurso: _____	N.º de teléfono: _____		
3. Nombre: _____	Tipo de recurso: _____	N.º de teléfono: _____		
<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado de ánimo: <input type="checkbox"/> WNL <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Maníaco <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Enojado			
Suicida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ánimo: <input type="checkbox"/> Expansivo <input type="checkbox"/> Lábil			
Homicida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Afecto: <input type="checkbox"/> WNL <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Enojado <input type="checkbox"/> Apático <input type="checkbox"/> Restringido			
Control de los impulsos: <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Inadecuado			
Alucinatorio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Percepción: <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo			
Delirante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Orientación: <input type="checkbox"/> WNL <input type="checkbox"/> Disminuida			
Juicio: <input type="checkbox"/> WNL <input type="checkbox"/> Disminuido	Cognición: <input type="checkbox"/> WNL <input type="checkbox"/> Asociaciones laxas/desorganizado			
Memoria: <input type="checkbox"/> WNL <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	Mayor de 6: Conducta sexualmente problemática	<input type="checkbox"/>											
1-6: Conducta agresiva	<input type="checkbox"/>	Mayor de 6: Prender fuego	<input type="checkbox"/>											
3-6: Riesgo de huida	<input type="checkbox"/>	Mayor de 6: Peligro para otras personas	<input type="checkbox"/>											
Mayor de 3: Riesgo de suicidio	<input type="checkbox"/>	Mayor de 6: Otras autolesiones (temeridad)	<input type="checkbox"/>											
Mayor de 3: Toma de decisiones	<input type="checkbox"/>	Mayor de 6: Conducta de autolesión no suicida	<input type="checkbox"/>											
Mayor de 3: Mala conducta intencional	<input type="checkbox"/>	Mayor de 6: Conducta delictiva/criminal	<input type="checkbox"/>											
6-21: Fugitiva(o)	<input type="checkbox"/>	Mayor de 6: Seguridad comunitaria	<input type="checkbox"/>											
NECESIDADES CONDUCTUALES/ EMOCIONALES					N/A	0	1	2	3	N/A	0	1	2	3
Depresión	<input type="checkbox"/>	3-18: Oposicionista	<input type="checkbox"/>											
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Mayor de 3: Control de la ira/tolerancia a la frustración	<input type="checkbox"/>											
Adaptación al trauma	<input type="checkbox"/>	Mayor de 3: Impulsividad/hiperactividad	<input type="checkbox"/>											
0-6: Conductas atípicas/repetitivas	<input type="checkbox"/>	Mayor de 6: Conducta/comportamiento antisocial	<input type="checkbox"/>											
0-6: Control emocional	<input type="checkbox"/>	Mayor de 6: Psicosis (trastorno del pensamiento)	<input type="checkbox"/>											
0-6: Desarrollo deficiente	<input type="checkbox"/>	Mayor de 6: Consumo de sustancias	<input type="checkbox"/>											
0-21: Dificultades para la vinculación	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>											
NECESIDADES DE FUNCIONAMIENTO					N/A	0	1	2	3	N/A	0	1	2	3
Situación de vivienda	<input type="checkbox"/>	Mayor de 1: Sueño	<input type="checkbox"/>											
Funcionamiento familiar	<input type="checkbox"/>	0-6: Alimentación/evacuación	<input type="checkbox"/>											
Funcionamiento social	<input type="checkbox"/>	0-21: Escuela/preescolar/guardería	<input type="checkbox"/>											
Desarrollo/intelectual	<input type="checkbox"/>	Mayor de 16: Rol de padres/cuidadores	<input type="checkbox"/>											
Cumplimiento con la medicación	<input type="checkbox"/>	Mayor de 21: Empleo	<input type="checkbox"/>											
PROTECCIÓN					N/A	0	1	2	3	N/A	0	1	2	3
Seguridad	<input type="checkbox"/>	Violencia conyugal/de pareja en el hogar	<input type="checkbox"/>											
RECURSOS Y NECESIDADES DE LOS CUIDADORES					La(el) clienta(e) es su propio tutor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si respondió Sí, omita esta sección)									
					N/A	0	1	2	3	N/A	0	1	2	3
Supervisión	<input type="checkbox"/>	Salud/salud conductual	<input type="checkbox"/>											
Implicación en la atención	<input type="checkbox"/>	Estrés familiar	<input type="checkbox"/>											
Recursos sociales	<input type="checkbox"/>	0-21: Empatía con los niños	<input type="checkbox"/>											
Estabilidad residencial de los cuidadores	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>											

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