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

**Hoja de calificación y resumen**

|  |
| --- |
| **1. INFORMACIÓN GENERAL** |
| **Nombre y apellido del cliente:**       | **Nombre elegido/preferido:**      | **Pronombres:**      | **Fuente de referencia:**      |
| **RIN:**       | **Fecha de nacimiento:**       | **Sexo al nacer:**       | **Identidad de género:**       | **Número de teléfono:**       | **Idioma principal:**      |
| **Dirección:**      | **Ciudad:**      | **Estado:**      | **Código postal:**      | **Condado:**      |
| **Servicios de intérprete** [ ]  No se requiere ninguno [ ]  TDD/TYY [ ]  Lenguaje de señas americano [ ]  Lengua hablada:       [ ]  Otra:       | **Cobertura de seguro:**       |
| **Situación de la****tutela:** | [ ]  Es su propio tutor [ ]  Padres biológicos[ ]  Padres adoptivos | [ ]  Joven bajo cuidado[ ]  Otros designados por el tribunal[ ]  Otra:       | **¿Se recibió el consentimiento del tutor?:** [ ]  Sí [ ]  No [ ]  N/A |
| **2. EVALUACIÓN**  [ ]   **Evaluación inicial de crisis** [ ]  **No emergencias las 24 horas** [ ]   **Otro:** |
| **Fecha de la llamada:** | **Hora de la llamada:** | **Evaluador de la crisis (nombre):**  | **Respuesta del equipo:** [ ]  | **Credenciales del evaluador:**  |
|       |       [ ]  a. m. [ ]  p. m. |       | [ ]  PSW [ ]  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. 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:**       |

|  |
| --- |
| **4. ESTADO MENTAL:** Documentar las observaciones clínicas para respaldar el estado mental actual del cliente como se indica a continuación. |
| **Observaciones** |
| Apariencia: | [ ]  Limpio | [ ]  Despeinado | [ ]  Inadecuado | [ ]  Extraño | [ ]  Otra:       |
| Habla: | [ ]  Normal | [ ]  Tangencial | [ ]  Empobrecida | [ ]  Presionada | [ ]  Otra:       |
| Contacto visual: | [ ]  Normal | [ ]  Intenso | [ ]  Evitante | [ ]  Otra:       |
| Actividad motora: | [ ]  Normal | [ ]  Inquieto | [ ]  Tics | [ ]  Ralentizado | [ ]  Otra:       |
| Afecto: | [ ]  Lleno | [ ]  Lábil | [ ]  Enojado | [ ]  Apático | [ ]  Restringido | [ ]  Otra:       |
| **Estado de ánimo:** |
| [ ]  Normal | [ ]  Deprimido | [ ]  Eufórico | [ ]  Ansioso | [ ]  Enojado | [ ]  Irritable | [ ]  Otra:       |
| **Cognición** |
| Trastorno de la orientación: | [ ]  Ninguno | [ ]  Lugar | [ ]  Objeto | [ ]  Persona | [ ]  Tiempo |
| Deterioro de la memoria: | [ ]  Ninguno | [ ]  Corto plazo | [ ]  Largo plazo | [ ]  Otra:       |
| Atención: | [ ]  Normal | [ ]  Distraído | [ ]  Otra:       |
| **Pensamientos y percepción** |
| Alucinaciones: | [ ]  Ninguno | [ ]  Auditiva | [ ]  Visual | [ ]  Otra:       |
| Suicida: | [ ]  Sí | [ ]  No |  |  |  |  |  |
| Homicida:  | [ ]  Sí | [ ]  No |  |  |  |  |  |
| Delirios: | [ ]  Ninguno | [ ]  Grandioso | [ ]  Paranoico | [ ]  Religioso | [ ]  Otra:       |
| **Comportamiento** |
| [ ]  Cooperativo | [ ]  Vigilado | [ ]  Hiperactivo | [ ]  Agitado | [ ]  Paranoico | [ ]  Agresivo | [ ]  Extraño |
| [ ]  Retraído | [ ]  Otra:       |
| **Juicio** | **Percepción** |
| [ ]  Buena | [ ]  Regular | [ ]  Mala | [ ]  Buena | [ ]  Regular | [ ]  Mala |
| **Información secundaria:** Documentar las observaciones clínicas para respaldar el estado mental actual del cliente como se indicó anteriormente.       |

|  |
| --- |
| **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”.** |
| **5. EVALUACIÓN** |
| **CONDUCTAS DE RIESGO** |  **N/A** | **0** | **1** | **2** | **3** |  |  |  **N/A** | **0** | **1** | **2** | **3** |
| Victimización/Explotación |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | Mayor de 6: Conducta sexualmente problemática | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 0-5: Autolesión | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | Mayor de 6: Prender fuego | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1-5: Conducta agresiva | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | Mayor de 6: Peligro para otras personas | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 3-21: Riesgo de escaparse/fuga | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | Mayor de 6: Otras autolesiones (temeridad) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Mayor de 3: Riesgo de suicidio | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | Mayor de 6: Conducta de autolesión no suicida  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Mayor de 3: Toma de decisiones | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | Mayor de 6: Conducta delictiva/criminal | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Mayor de 3: Mala conducta intencional | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Módulo de riesgo de suicidio** (complete cuando el ítem de Conductas de riesgo, Riesgo de suicidio, tenga una calificación de 1, 2 o 3) |
| Ideación |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | Historia |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Intención |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | Conciencia del suicidio ajeno |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Planificación |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NECESIDADES CONDUCTUALES/EMOCIONALES** |  **N/A** | **0** | **1** | **2** | **3** |  |  |  **N/A** | **0** | **1** | **2** | **3** |
| Depresión |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | Mayor de 3: Control de la ira/tolerancia a la frustración | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Ansiedad |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | Mayor de 3: Impulsividad/hiperactividad | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Adaptación al trauma |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | Mayor de 6: Conducta/comportamiento antisocial | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Conductas atípicas/repetitivas | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | Mayor de 6: Psicosis (trastorno del pensamiento) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 0-5: Control emocional | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | Mayor de 6: Manía | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 0-5: Desarrollo deficiente  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | Mayor de 6: Consumo de sustancias | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 3-18: Oposicionista  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NECESIDADES DE FUNCIONAMIENTO** |  **N/A** | **0** | **1** | **2** | **3** |  |  |  **N/A** | **0** | **1** | **2** | **3** |
| Situación de vivienda |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | 0-5: Eliminación | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Funcionamiento familiar |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | 0-21: Escuela/preescolar/guardería | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Funcionamiento social |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | Mayor de 1: Sueño  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Desarrollo/intelectual |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | Mayor de 16: Rol de padres/cuidadores  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Cumplimiento con la medicación |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | Mayor de 16: Empleo  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **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 mental |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Implicación en la atención |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | Estrés familiar |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Estabilidad residencial de los cuidadores |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | 0-21: Empatía con los niños | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **PROTECCIÓN** |  **N/A** | **0** | **1** | **2** | **3** |  |  |  **N/A** | **0** | **1** | **2** | **3** |
| Seguridad |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | Violencia familiar en el hogar |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |
| --- |
| **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** |  |
|       |  |  |  |       |  |
|  |  |  |  |  |  |