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