



**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 <input type="checkbox"/> No se requiere ninguno <input type="checkbox"/> TDD/TYY <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> Lengua hablada: _____ <input type="checkbox"/> Otra: _____			Cobertura de seguro:		
Situación de la tutela: <input type="checkbox"/> Es su propio tutor <input type="checkbox"/> Joven bajo cuidado <input type="checkbox"/> Padres biológicos <input type="checkbox"/> Otros designados por el tribunal <input type="checkbox"/> Padres adoptivos <input type="checkbox"/> Otra: _____			¿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 crisis <input type="checkbox"/> No emergencias las 24 horas <input type="checkbox"/> Otro:					
Fecha de la llamada:	Hora de la llamada: <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	Evaluador de la crisis (nombre):	Respuesta del equipo: <input type="checkbox"/>	Credenciales del evaluador: <input type="checkbox"/> PSW <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. DISPOSICIÓN					
<input type="checkbox"/> Estabilizado en la comunidad (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: _____	
4. ESTADO MENTAL: Documentar las observaciones clínicas para respaldar el estado mental actual del cliente como se indica a continuación.					
Observaciones					
Apariencia:	<input type="checkbox"/> Limpio	<input type="checkbox"/> Despeinado	<input type="checkbox"/> Inadecuado	<input type="checkbox"/> Extraño	<input type="checkbox"/> Otra:
Habla:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tangencial	<input type="checkbox"/> Empobrecida	<input type="checkbox"/> Presionada	<input type="checkbox"/> Otra:
Contacto visual:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Intenso	<input type="checkbox"/> Evitante	<input type="checkbox"/> Otra:	
Actividad motora:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Inquieto	<input type="checkbox"/> Tics	<input type="checkbox"/> Ralentizado	<input type="checkbox"/> Otra:
Afecto:	<input type="checkbox"/> Lleno	<input type="checkbox"/> Lábil	<input type="checkbox"/> Enojado	<input type="checkbox"/> Apático	<input type="checkbox"/> Restringido <input type="checkbox"/> Otra:
Estado de ánimo:					
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Eufórico <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Enojado <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> Otra:					
Cognición					
Trastorno de la orientación:	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Lugar	<input type="checkbox"/> Objeto	<input type="checkbox"/> Persona	<input type="checkbox"/> Tiempo
Deterioro de la memoria:	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Corto plazo	<input type="checkbox"/> Largo plazo	<input type="checkbox"/> Otra:	
Atención:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Distraído	<input type="checkbox"/> Otra:		
Pensamientos y percepción					
Alucinaciones:	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Otra:	
Suicida:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Homicida:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Delirios:	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Grandioso	<input type="checkbox"/> Paranoico	<input type="checkbox"/> Religioso	<input type="checkbox"/> Otra:

Desarrollo/intelectual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mayor de 16: Rol de padres/cuidadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cumplimiento con la medicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mayor de 16: Empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 <i>(Si respondió Sí, omite esta sección)</i>										
	N/A	0	1	2	3		N/A	0	1	2	3	
Supervisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Salud mental	<input type="checkbox"/>					
Implicación en la atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Estrés familiar	<input type="checkbox"/>					
Estabilidad residencial de los cuidadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		0-21: Empatía con los niños	<input type="checkbox"/>					
PROTECCIÓN		N/A	0	1	2	3		N/A	0	1	2	3
Seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Violencia familiar en el hogar	<input type="checkbox"/>					

NOTAS/COMENTARIOS/ACLARACIONES:

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