|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES** **STATE OF WISCONSIN**  Division of Care and Treatment Services DHS 75  F-00115S (08/2016) | | |
| **CRITERIOS de COLOCACIÓN uniforme DE WISCONSIN**  **instrumento DE resultados PARA la colocaciÓn de adultos**  **WISCONSIN UNIFORM PLACEMENT CRITERIA (WI-UPC)**  **aDULT PLACEMENT SCORING INSTRUMENT**  El uso de este formulario es voluntario; sin embargo, este instrumento cumple con los requisitos del DHS 75 para los criterios de colocación aprobados por el Departamento, que se utilizan para determinar el primer nivel de cuidado y la necesidad continua de los servicios de nivel de cuidado o de un cambio en el nivel de cuidado. La información de identificación personal se utiliza para los servicios de nivel de tratamiento de uso de sustancia y sólo se usará para este propósito. | | |
| Nombre de la Persona (Apellido, Nombre, Inicial) | Fecha de Nacimiento | Fecha de Nacimiento |
| Dirección (Calle) | | Número de Teléfono |
| Ciudad | Estado | Código Postal |
| Nombre del Entrevistador (Apellido, Nombre, Inicial) | | Número de Teléfono |
| Nombre de la Agencia | | Número de Teléfono de la Agencia |
| Dirección (Calle) | | |
| Ciudad | Estado | Código Postal |
|  | | |
| **Instrucciones para Completar el Instrumento de Resultados para la Colocación de Adultos (*WI-UPC Adult Placement Scoring Instrument*)**   1. Identificar/descartar intoxicación y/o incapacidad. Evaluar la posibilidad del síndrome de abstinencia (withdrawal potencial). 2. Completar evaluación del trastorno por uso de sustancia (substance abuse disorder screening). 3. Evaluar a la persona para los criterios de calificación a los servicios de tratamiento basados en la información adquirida de la evaluación del trastorno por uso de sustancia. 4. Evaluar a la persona dentro de las dimensiones del tratamiento y del indicador de gravedad. 5. Transferir los resultados del indicador de tratamiento a la tabla para identificar el nivel de cuidado recomendado. 6. Completar los comentarios del entrevistador y registrar cualquier necesidad para un nivel de cuidado alternativo. 7. Registrar la declaración de voluntad/aceptación de la persona. 8. Completar la sección para información de referencia y la firma. | | |
| **A. ¿Está la persona intoxicada?** | | |
| Sí – Si la persona está intoxicada pero no incapacitada, y necesita supervisión para recuperarse de la intoxicación, el menor nivel de cuidado apropiado es el no médico, Servicio de Supervisión por Intoxicación No ambulatoria (Nivel D-1). Si la condición de la persona es tal que la posibilidad del síndrome de abstinencia puede ser adecuadamente evaluada, ya sea directamente o a través de fuentes adyacentes, favor de ir a la Pregunta 1 de Dimensión.  No – Por favor vaya a la Pregunta B. | | |
| **B. ¿Está la persona incapacitada?** | | |
| Sí – Si la persona está incapacitada, el menor nivel de cuidado adecuado es el Médicamente Supervisado, Servicios del Síndrome de Abstinencia No Ambulatorios (Nivel D-3). Si la condición de la persona es tal que la posibilidad del síndrome de abstinencia puede ser adecuadamente evaluada, ya sea directamente o a través de fuentes adyacentes, favor de ir a la Pregunta 1 de Dimensión.  No – Favor de ir a la Pregunta 1 de Dimensión. | | |

|  |
| --- |
| **PREGUNTA 1 DE DIMENSIÓN**  ¿Presenta el paciente alguna señal o síntoma del SÍNDROME DE ABSTINENCIA, y/o hay algún historial que sugiera que existe un riesgo significativo del síndrome de abstinencia?  No – Favor de ir al grupo de siete “Preguntas para Calificación de los Servicios de Tratamiento” a continuación.  Sí – Favor de responder a cada una de las cinco “Preguntas sobre los Indicadores de Gravedad” a continuación. |
|  |
| a.  Sí – D-4 Los resultados de la evaluación indican un síndrome de abstinencia *grave* para el alcohol y/o los sedantes, o *Grado 4* del síndrome de abstinencia para los narcóticos. |
| b.  Sí – D-3 Los resultados de la evaluación indican un síndrome de abstinencia *moderado* para el alcohol y/o los sedantes, o *Grado 3* del síndrome de abstinencia para los narcóticos. |
| c.  Sí – D-2 Los resultados de la evaluación indican un síndrome de abstinencia *leve* para el alcohol y/o los sedantes, o *Grado 2* del síndrome de abstinencia para los narcóticos. |
| d.  Sí – D-1 Los resultados de la evaluación indican un síndrome de abstinencia *mínimo* para el alcohol y/o los sedantes, y aunque el paciente tiene problemas de funcionamiento, no hay evidencias de intoxicación con otras sustancias más que el alcohol y/o los sedantes. |
| e.  Sí – D-1 La persona carece de *apoyo familiar/comunitario* de tal manera que un entorno estructurado con observación profesional es necesario para lograr una resolución segura de intoxicación actual por alcohol y/o sedantes. |
| **CRITERIOS PARA CALIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO** |
| 1.  Sí La persona ha experimentado recientemente consecuencias *educativas/vocacionales* negativas que están vinculadas a un trastorno de uso de sustancia. |
| 2.  Sí La persona ha experimentado recientemente consecuencias de *salud física/mental* negativas que están vinculadas a un trastorno de uso de sustancia. |
| 3.  Sí La persona ha experimentado recientemente consecuencias *financieras* negativas que están vinculadas a un trastorno de uso de sustancia. |
| 4.  Sí La persona ha experimentado recientemente consecuencias *legales* negativas que están vinculadas a un trastorno de uso de sustancia. |
| 5.  Sí La persona ha experimentado recientemente consecuencias negativas de *relación personal* que están vinculadas a un trastorno de uso de sustancia. |
| 6.  Sí La persona ha experimentado recientemente un deterioro en su función como un *cuidador y/o ama de casa* que están vinculadas a un trastorno de uso de sustancia. |
| 7.  Sí La persona tiene un historial de haber experimentado una o más de las consecuencias anteriores, ha completado con éxito el tratamiento, pero actualmente corre un alto riesgo de sufrir una recaída. |
| **NOTAS**   * Si la respuesta a TODAS las preguntas anteriores fue "NO", **no se han reportado** síntomas de abuso de sustancias suficientes para indicar la necesidad de los servicios en el sistema de entrega de tratamiento de abuso de sustancias formal, tal como se define en el DHS 75. Puede que desee considerar una referencia a un grupo de apoyo en la comunidad u otro sistema de referencia si es indicado. Ir a la página de RESUMEN para completar el WI-UPC. * Si la respuesta a ALGUNA de las preguntas anteriores es "Sí", **se han reportado** síntomas de abuso de sustancias suficientes para indicar la posible necesidad de cierto nivel de servicios en el sistema de entrega de tratamiento de abuso de sustancias formal, tal como se define en el DHS 75. Complete las siguientes preguntas (Dimensión e Indicador de Gravedad preguntas 2 al 5) para determinar los niveles adecuados de frecuencia e intensidad del tratamiento |
| **INDICADORES DE DIMENSIÓN Y GRAVEDAD** |
| **PREGUNTA 2** **DE DIMENSIÓN**  ¿Existen en la actualidad condiciones o complicaciones de SALUD FÍSICA/MENTAL evidentes o alguna que se haga evidente cuando el paciente está bajo la influencia?  No – Favor de ir a la “Pregunta 3 de Dimensión,” ignorar “Indicadores de Gravedad” a continuación.  Sí – Favor de responder a cada una de las siete “Preguntas sobre los Indicadores de Gravedad” a continuación. |
| **PREGUNTAS SOBRE LOS INDICADORES DE GRAVEDAD** |
| a.  Sí **4** La persona tiene condiciones o complicaciones de salud física/mental que requieren hospitalización de acuerdo con la evaluación o consulta médica. |
| b.  Sí **3** La persona tiene condiciones o complicaciones de salud física/mental que, bajo la influencia de sustancia(s), crean un peligro para si mismo y los demás Y corre un alto riesgo de sufrir una recaída. |
| c.  Sí **3** Las condiciones o complicaciones de salud física/mental de la persona requieren vigilancia e intervención las 24 horas del día a fin de poder promover el progreso/recuperación del tratamiento; es decir, se ha demostrado que él o ella no puede mantener estabilidad psiquiátrica por más de 24 horas consecutivas durante los últimos 30 días |
| d.  Sí **3** El estado cognitivo de la persona requiere vigilancia e intervención las 24 horas del día con el fin de promover el progreso/recuperación del tratamiento. |
| e.  Sí **2** El estado cognitivo de la persona requiere intervención intensa y frecuente (mínimo 12 horas semanales) con el fin de promover el progreso/recuperación del tratamiento. |
| f.  Sí **2** Las condiciones o complicaciones de salud mental de la persona requieren intervención intensa y frecuente (mínimo 12 horas semanales) a fin de promover el progreso/recuperación del tratamiento; es decir, se ha demostrado que él o ella puede mantener estabilidad psiquiátrica por más de 24 horas consecutivas, pero no más de 72 horas consecutivas en los últimos 30 días. |
| g.  Sí **1** Las condiciones o complicaciones de salud mental de la persona requieren vigilancia e intervención (menos de 12 horas semanales) a fin de promover el progreso/recuperación del tratamiento; es decir, se ha demostrado que él o ella puede mantener estabilidad psiquiátrica por más de 72 horas consecutivas, pero no más de siete días consecutivos en los últimos 30 días. |
| **PREGUNTA 3 DE DIMENSIÓN**  ¿Existen en la actualidad condiciones o complicaciones EMOCIONALES o patrones de CONDUCTA evidentes o alguna que se haga evidente cuando el paciente está bajo la influencia?  No – Favor de ir a la “Pregunta 4 de Dimensión,” ignorar “Indicadores de Gravedad” a continuación.  Sí – Favor de responder a cada una de las cuatro “Preguntas sobre los Indicadores de Gravedad” a continuación. |
| **PREGUNTAS SOBRE LOS INDICADORES DE GRAVEDAD** |
| a.  Sí **3** El estado emocional y/o los patrones de conducta de la persona, bajo los efectos de la sustancia(s), crean un peligro para sí mismo o los demás Y corre un alto riesgo de sufrir una recaída. |
| b.  Sí **3** El estado emocional y/o patrones de conducta requieren vigilancia e intervención las 24 horas del día a fin de promover el progreso/recuperación del tratamiento; es decir, el paciente ha demostrado que él o ella no puede mantener estabilidad emocional/conductual por más de 24 horas consecutivas en los últimos 30 días. |
| c.  Sí **2** El estado emocional y/o los patrones de conducta de la persona requieren intervención intensa y frecuente (un mínimo de 12 horas semanales) a fin de promover el progreso/ recuperación del tratamiento; es decir, se ha demostrado que él o ella puede mantener estabilidad emocional/conductual por más de 24 horas consecutivas, pero no más de 72 horas consecutivas durante los últimos 30 días. |
| d.  Sí **1** El estado emocional y/o los patrones de conducta de la persona requieren supervisión e intervención (menos de 12 horas semanales) a fin de promover el progreso/ recuperación del tratamiento; es decir, se ha demostrado que él o ella puede mantener estabilidad emocional/conductual durante más de 72 horas consecutivas, pero no más de siete días consecutivos en los últimos 30 días. |
| **PREGUNTA 4 DE DIMENSIÓN**  ¿Presenta el paciente una PROBABILIDAD considerable de RECAÍDA?  No – Favor de ir a la “Pregunta 5 de Dimensión,” ignorar “Indicadores de Gravedad” a continuación.  Sí – Favor de responder a una de las nueve “Preguntas sobre los Indicadores de Gravedad” a continuación. |
| **PREGUNTAS SOBRE LOS INDICADORES DE GRAVEDAD** |
| a.  Sí **3** La persona ha demostrado que él o ella no puede permanecer libre de sustancia por un período de 24 horas consecutivas durante los últimos 30 días, a pesar de una o más intervenciones, lo que interfiere significativamente con su habilidad de participar y avanzar en los objetivos del tratamiento y la recuperación. |
| b.  Sí **3** La persona ha demostrado que él o ella no puede consistentemente asistir a las secciones diurnas de tratamiento para permanecer libre de sustancias, lo que interfiere significativamente con su habilidad de participar y avanzar en los objetivos del tratamiento y la recuperación. |
| c.  Sí **2** La persona ha demostrado que él o ella no puede permanecer libre de sustancia por más de 72 horas consecutivas durante los últimos 30 días, a pesar de una o más intervenciones, lo que interfiere significativamente con su habilidad de participar y avanzar en los objetivos del tratamiento y la recuperación. |
| d.  Sí **2** La persona ha demostrado que él o ella no puede consistentemente asistir a las sesiones de tratamiento ambulatorio para permanecer libre de sustancia, lo que interfiere significativamente con su habilidad de participar y avanzar en los objetivos del tratamiento y la recuperación. |
| e.  Sí **1** La persona ha demostrado que él o ella no puede permanecer libre de sustancia por más de siete días consecutivos durantes los últimos 30 días, lo que interfiere significativamente con su capacidad de participar y avanzar en los objetivos del tratamiento y la recuperación |
| f.  Sí **1** La persona ha demostrado que él o ella no puede evitar sufrir las recaídas debido a su falta de capacidad para hacer frente a la vida cotidiana, y esta combinación interfiere significativamente con su habilidad de mantener y/o avanzar hacia la recuperación. |
| g.  Sí **1** La persona ha demostrado que ella no puede permanecer completamente libre de sustancias durante su actual embarazo. |
| h.  Sí **1** La persona ha demostrado preocupación por consumo de sustancias al extremo que él o ella corre un alto riesgo de sufrir una recaída, lo que interfiere significativamente con su habilidad de mantener y/o avanzar hacia la recuperación. |
|  |
| **PREGUNTA 5 DE DIMENSIÓN**  ¿Crea el ENTORNO del paciente una coerción (restricción) para continuar o volver al abuso de sustancias?  No – Favor de ir a la sección Resumen del WI-UPC, ignorar “Indicadores de Gravedad” a continuación.  Sí – Favor de responder a cada una de las cuatro “Preguntas sobre Indicadores de Gravedad” a continuación. |
| **PREGUNTAS SOBRE LOS INDICADORES DE GRAVEDAD** |
| a.  Sí **3** La persona o fuente adyacente informa que otros miembros en el entorno donde vive la persona exhiben conductas abusivas (física/sexual) de forma tal que la preocupación por la seguridad interfieren significativamente con su habilidad de participar y avanzar en los objetivos de tratamiento y recuperación de forma ambulatoria. |
| b.  Sí **2** El entorno donde vive la persona deliberadamente o accidentalmente sabotea (es decir, el uso de sustancias conlleva/da señal al uso/abuso continuo de sustancias) los objetivos del tratamiento/recuperación Y amigos, familiares, O compañeros de trabajo no apoyan los esfuerzos de recuperación de la persona. |
| c.  Sí **1** El entorno donde vive la persona deliberadamente o accidentalmente sabotea (es decir, el uso de sustancias conlleva/da señal al uso/abuso continuo de sustancias) los objetivos del tratamiento/recuperación; SIN EMBARGO, la persona recibe algo de apoyo para los esfuerzos de recuperación de parte de sus amigos, familiares O compañeros de trabajo. |
| d.  Sí **1** Los amigos, familiares o compañeros de trabajo no ofrecen apoyo a los esfuerzos de recuperación de la persona. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESUMEN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Registrar los “Criterios que Califiquen” (página 2) seleccionados a continuación marcándolos con una “X” en el espacio correspondiente. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. |  | | |  | 2. | | |  | |  | 3. |  | | |  | | 4. | | |  | |  | | 5. | |  | |  | 6. | |  | |  | | 7. |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Transferir la puntuación de cada respuesta con un **“Sí”** a los “Indicadores de Gravedad” de cada dimensión a la tabla de abajo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Síndrome de Abstinencia/Desintoxicación | | | | | | | | | Tratamiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dimensión 1 | | | | | | | | | Dimensión 2 | | | | | | | Dimensión 3 | | | | | | | | | Dimensión 4 | | | | | | | Dimensión 5 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a. | |  | | | |  | | | a. |  | | | |  | | a. | | |  | | | |  | | a. | |  | | |  | | a. | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b. | |  | | | |  | | | b. |  | | | |  | | b. | | |  | | | |  | | b. | |  | | |  | | b. | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c. | |  | | | |  | | | c. |  | | | |  | | c. | | |  | | | |  | | c. | |  | | |  | | c. | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d. | |  | | | |  | | | d. |  | | | |  | | d. | | |  | | | |  | | d. | |  | | |  | | d. | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e. | |  | | | |  | | | e. |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | e. | |  | | |  | |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | f. |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | f. | |  | | |  | |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | g. |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | g. | |  | | |  | |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | h. | |  | | |  | |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | i. | |  | | |  | |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escriba la puntuación más alta que se obtuvo bajo la Dimensión 1: | | | | | | | | | | | | | Escriba la puntuación más alta que se obtuvo  bajo las Dimensiones 2, 3, 4, **y** 5: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Puntuación 1** | | | |  | | |  | | | | | | **Puntuación 2** | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOTA:** De acuerdo **con** DHS 75.14(7), la admisión a un **Servicio de** **Tratamiento Residencial Transitorio** es apropiada sólo por las siguientes razones:   1. La persona fue admitida y dada de alta de otro nivel de cuidado de rehabilitación (Nivel 1 – Nivel 4) en los últimos 12 meses, o está actualmente siendo atendida a través de un Servicio de Tratamiento Diurno o Ambulatorio. La información debe incluirse en la sección de Comentarios del Entrevistador.   **O**   1. La persona tiene un historial de tratamiento extenso toda su vida y ha experimentado por lo menos dos episodios de desintoxicación durante los últimos 12 meses; y los criterios específicos de los Activos y Necesidades en la Sección II para este nivel de cuidado se han cumplido. Esta información debe incluirse en la sección de Comentarios del Entrevistador. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Combinar **Puntuación 1** y **Puntuación 2** con el nivel apropiado de cuidado que se indica en la Clave para Nivel de Cuidado.  Estas puntuaciones indican el nivel más bajo recomendado de servicio adecuado para este paciente. **Si existen circunstancias especiales que permitan un nivel alternativo de cuidado para esta persona, favor de indicarlo en la sección de Comentarios del Entrevistador(a) y seleccione el nivel de cuidado alternativo adecuado.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CLAVE PARA NIVEL DE CUIDADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **D-1** | | | Servicio de Vigilancia de Intoxicación Residencial (*Residential Intoxication Monitoring Service*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **D-2** | | | Servicio de Desintoxicación Ambulatoria (*Ambulatory Detoxification Service*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **D-3** | | | Servicio de Desintoxicación Residencial con Seguimiento Médico (*Medically Monitored, Residential Detoxification Service*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **D-4** | | | Servicio de Desintoxicación de Pacientes Internos con Dirección Médica (*Medically Managed, Inpatient Detoxification* *Service*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1A** | | | Servicio de Tratamiento Residencial Transitorio (*Transitional Residential Treatment Service*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | | | Servicio de Tratamiento Ambulatorio (*Outpatient Treatment Service*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2** | | | Servicio de Tratamiento Diurno (*Day Treatment Service*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3** | | | Servicio de Tratamiento con Vigilancia Médica (*Medically Monitored Treatment Service*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4** | | | Servicio de Tratamiento de Pacientes Internos con Dirección Médica (*Medically Managed, Inpatient Treatment Service*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Cometarios del Entrevistador |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| Declaración de la Persona – Voluntad de aceptar el nivel de cuidado recomendado |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
|  | Nivel(es) de Servicio Recomendado por el WI-UPC de la Puntuación 1 y/o Puntuación 2 |  | Nivel(es) alternativo de servicio identificado debido a circunstancias especiales expuestas en los Comentarios del Entrevistador | | |  |
|  |  |  |  | | |  |
|  | Nivel(es) de cuidado |  | Nivel(es) de cuidado | | |  |
|  | | | | | | |
| Nombre de la agencia a la que la persona ha sido referido | | | | Número de Teléfono de la Agencia | | |
| Dirección de la agencia | | | | | | |
| **FIRMA** – Persona | | | | | Fecha de la Firma | |
| **FIRMA –** Entrevistador(a) | | | | | Fecha de la Firma | |