

Tennessee Outcomes Measurement System (TOMS)
Adult Mental Health Survey for NOMS Reporting (A001N v. 1.2) (Spanish)

*** This page to be completed by staff. ***

Agency ID: Clinic ID: Clinician ID:

Consumer ID: - Last Name:
 (first 5 letters only)

Survey Completion Date: / / Start Date for This Episode of Care: / /

Date of Birth: / /

1. How are the consumer's services funded?

- | | |
|--|--|
| 13 ☐ Amerigroup | 17 ☐ Commercial |
| 12 ☐ United Healthcare Community Plan | 18 ☐ Grant |
| 16 ☐ VSHP | 15 ☐ Self Pay |
| 5 ☐ Safety Net | 19 ☐ Other |
| 14 ☐ Medicare | |

To complete the following questions, ask the consumer.

- | | |
|---|---|
| 2. ¿Cuál es su sexo?
1 ☐ Masculino
0 ☐ Femenino | 6. ¿Cuál es el grado de escuela o nivel educativo más alto que usted completó? (Seleccione uno.)

00 ☐ Ningunos años de escuela
15 ☐ Clase de educación especial independiente (no en un grado específico)

13 ☐ Guardería, Pre-Escolar (incluyendo Head Start) |
| 3. ¿Es usted hispano o latino?
1 ☐ Hispanic / Latino
0 ☐ Not Hispanic / Latino | 14 ☐ Kindergarten
01 ☐ 1er grado
02 ☐ 2do grado
03 ☐ 3er grado
04 ☐ 4to grado
05 ☐ 5to grado
06 ☐ 6to grado
07 ☐ 7mo grado
08 ☐ 8vo grado
09 ☐ 9no grado |
| 4. ¿Cuál es su raza? (Seleccione todos los que sean apropiados.)
1 ☐ Indio americano o nativo de Alaska
2 ☐ Asiático
3 ☐ Negro o afroamericano
4 ☐ Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico
5 ☐ Blanco | 10 ☐ 10mo grado
11 ☐ 11mo grado
12 ☐ 12mo grado
16 ☐ Escuela Vocacional
17 ☐ 1er año de universidad
18 ☐ 2do año de universidad
19 ☐ 3er año de universidad
20 ☐ 4to año de universidad o último año de bachillerato
21 ☐ Escuela Graduada o Profesional (ej. Maestría, Doctorado, Escuela de Medicina o de Leyes) |
| 5. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el estado de su relación? (Seleccione una.)

7 ☐ Nunca Casado/a
8 ☐ Casado/a/ Convive con su pareja
4 ☐ Separado/a
5 ☐ Divorciado/a
6 ☐ Viudo/a | 7. ¿Completará el paciente la encuesta?
1 ☐ Sí → Prosiga con las instrucciones que siguen
2 ☐ El paciente prefiere no completarla
3 ☐ El paciente no puede completarla hoy |

Favor de leerle estas instrucciones al paciente:

Esta encuesta le permite a Ud. informarnos de cómo le está yendo. Sus respuestas serán utilizadas por su cuidador médico/terapeuta para planificar mejor su tratamiento. Existen tres maneras de contestar las preguntas en la encuesta: 1. Marque un círculo alrededor del número de su respuesta, 2. Marque con una tilde el casillero que corresponde a su respuesta, o 3. Escriba el número de su respuesta en el casillero correspondiente. Para que esta encuesta fuera más fácil de leer, todas las preguntas fueron escritas usando solamente el género masculino. Por favor, siéntase en libertad de asumir que todas las preguntas también pueden referirse a una mujer.

En los últimos 7 días...

1. ¿Cuántas horas trabajó con pago? (Si ninguna, ingrese 0.)

--	--

Número de Horas

2. Si usted NO trabajó con compensación, seleccione una respuesta que mejor describa su situación. (Si usted sí trabajó con compensación, favor de seleccionar "No Aplica.")

1 ☐ Desempleado, pero actualmente buscando empleo con compensación.2 ☐ Ama(o) de Casa3 ☐ Estudiante4 ☐ Retirado5 ☐ Incapacitado6 ☐ En prisión u otra institución7 ☐ Empleo Protegido/empleo no competitivo8 ☐ Otro (especifique) _____* ☐ No AplicaLas siguientes preguntas se refieren a los últimos 30 días.**En los últimos 30 días...**3. ¿Cuántos días tomó cinco o más bebidas alcohólicas?
(Si ninguna, ingrese 0.)

--	--

Número de Días

4. ¿Cuántos días uso cualquier droga para endrogarse? (Si ninguna, ingrese 0.)
(Por ejemplo, marihuana, metanfetamina, cocaína o narcóticos como el oxycontin o la codeína.)

--	--

Número de Días

5. ¿Cuántas veces fue arrestado? (Si ninguna, ingrese 0.)

--

Número de Veces

6. ¿Cuántas noches pasó la noche en un hospital, institución psiquiátrica, o programa de abuso de sustancias? (Si ninguna, ingrese 0.)

--	--

Número de Noches

En los últimos 30 días...

7. ¿Dónde vivió la mayoría parte del tiempo? (Marque sólo una.)

10 ☐ Residencia Privada – Vida Independiente (Solo, con amigos, un(a) esposo(a), o miembros de familia)11 ☐ Residencia Privada- Vida Dependiente (Dependiente de Asistencia de Otras Personas en este lugar de residencia.)3 ☐ Ámbito Institucional (Asilo, hospital, etc.)4 ☐ Cárcel o facilidad correccional5 ☐ Desamparado/viviendo en un alojo de desamparados12 ☐ Hogar Adoptivo13 ☐ Cuido Residencial (Hogar en grupo, centro de rehabilitación, etc.)14 ☐ Residencia de Crisis (Un programa residencial con límite de tiempo)