

**Tennessee Outcomes Measurement System (TOMS)  
Youth Mental Health Survey for NOMS Reporting (Y001N 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. Is the consumer in state custody? 1  Yes 0  No
2. How are the consumer's services funded?
- |  |  |
|--|--|
| 13 <input type="checkbox"/> Amerigroup                       | 17 <input type="checkbox"/> Commercial |
| 12 <input type="checkbox"/> United Healthcare Community Plan | 18 <input type="checkbox"/> Grant      |
| 16 <input type="checkbox"/> VSHP                             | 15 <input type="checkbox"/> Self Pay   |
| 5 <input type="checkbox"/> Safety Net                        | 19 <input type="checkbox"/> Other      |
| 14 <input type="checkbox"/> Medicare                         |  |

**To complete the following questions, ask the consumer.**

- |   |   |
|---|---|
| <p>3. ¿Cuál es su sexo?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>4. ¿Es usted hispano o latino?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Hispanic / Latino</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Not Hispanic / Latino</p> <p>5. ¿Cuál es su raza? (Seleccione todos los que sean apropiados.)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Asiático</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Blanco</p> | <p>6. ¿Cuál es el grado de escuela o nivel educativo más alto que usted completó? (Seleccione uno.)</p> <p>00 <input type="checkbox"/> Ningunos años de escuela</p> <p>15 <input type="checkbox"/> Clase de educación especial independiente (no en un grado específico)</p> <p>13 <input type="checkbox"/> Guardería, Pre-Escolar (incluyendo Head Start)</p> <p>14 <input type="checkbox"/> Kindergarten</p> <p>01 <input type="checkbox"/> 1er grado</p> <p>02 <input type="checkbox"/> 2do grado</p> <p>03 <input type="checkbox"/> 3er grado</p> <p>04 <input type="checkbox"/> 4to grado</p> <p>05 <input type="checkbox"/> 5to grado</p> <p>06 <input type="checkbox"/> 6to grado</p> <p>07 <input type="checkbox"/> 7mo grado</p> <p>08 <input type="checkbox"/> 8vo grado</p> <p>09 <input type="checkbox"/> 9no grado</p> <p>10 <input type="checkbox"/> 10mo grado</p> <p>11 <input type="checkbox"/> 11mo grado</p> <p>12 <input type="checkbox"/> 12mo grado</p> <p>16 <input type="checkbox"/> Escuela Vocacional</p> <p>17 <input type="checkbox"/> 1er año de universidad</p> <p>18 <input type="checkbox"/> 2do año de universidad</p> <p>19 <input type="checkbox"/> 3er año de universidad</p> <p>20 <input type="checkbox"/> 4to año de universidad o último año de bachiderato</p> <p>21 <input type="checkbox"/> Escuela Graduada o Profesional (ej. Maestría, Doctorado, Escuela de Medicina o de Leyes)</p> <p>7. ¿Completará el paciente la encuesta?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sí → <i>Prosiga con las instrucciones que iguen</i></p> <p>2 <input type="checkbox"/> El paciente prefiere no completarla</p> <p>3 <input type="checkbox"/> El paciente no puede completarla hoy</p> |
|---|---|

**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 niña.*

1. ¿Asistió usted a la escuela en cualquier momento DURANTE LOS PASADOS 90 DIAS (3 meses)?
- 1  Sí  
0  No

Todas las siguientes preguntas se refieren a **los últimos 30 días**.

**En los últimos 30 días...**

2. ¿Cuántos días fue marcado ausente de la escuela por motivo de problemas emocionales o de comportamiento? (Si ninguno ingrese 0; si no estuvo matriculado en la escuela favor de marcar "No Aplica.")

Número de Días  
\*  No Aplica

3. ¿Cuántos días estuvo ausente de la escuela por motivo de suspensión o expulsión? (Si ninguno ingrese 0; si no estuvo matriculado en la escuela favor de marcar "No Aplica.")

Número de Días  
\*  No Aplica

4. ¿Cuántos días tomó cinco o más bebidas alcohólicas? (Si ninguna, ingrese 0.)

Número de Días

5. ¿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

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

Número de Veces

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

10  Residencia Privada- con familia/familiares o no familiares

6  Ámbito Institucional (asilo, hospital, etc.)

7  Cárcel/ facilidad correccional/centro de detención/campamento de entrenamiento militar

8  Desamparado/viviendo en un alojo de desamparados

3  Hogar Adoptivo

11  Cuido Residencial (Hogar en Grupo, centro de rehabilitación, etc.)

12  Residencia de Crisis (Un programa residencial con límite de tiempo)