Enrollment Assessment Section 35

Evaluación de admisión Sección 35

▶ ***Enrollment Date:*** / / (mm dd yyyy)

▶ ***Fecha de admisión:*** / / (mes día año)

▶ **ESM Client ID:**

▶ **ID de cliente de ESM:**

Provider ID:

ID del proveedor:

Questions (Q) marked with ▶ must be completed.
Las preguntas (P) marcadas con ▶ deben contestarse.

Boxes marked with ✶ = Refer to Key at end of form.
Casillas marcadas con ✶ = Ver clave al final del formulario.

First Name:	**Middle Initial:**	**Last Name:**	***Suffix:***
Primer nombre:	**Inicial del segundo nombre:**	**Apellido:**	***Sufijo:***

▶ **1. Client Code:** ☐☐☐☐☐
▶ **1. Código del cliente:** ☐☐☐☐☐

▶ **3. Intake/Clinician Initials:** ☐☐☐
▶ **3. Iniciales del encargado de la admisión:** ☐☐☐

▶ **3. Do you own or rent a house, apartment, or room?** ☐Yes ☐No *If the answer to Q. 3 is Yes, skip to Q. 3b, if 'No" answer Q 3a.*

▶ **3. ¿Alquila o es dueño de una casa, apartamento o habitación?** ☐Sí ☐No *Si la respuesta a la P 3 es Sí, pasar a la P 3b. Si es No, conteste la P 3a.*

3a. Are you Chronically Homeless? *(HUD Definition in Manual)* ☐Yes ☐No
3a. ¿Está usted sin hogar en forma crónica? *(Definición de HUD en el manual)* ☐Sí ☐No

▶ **3b. ZIP Code of Last Permanent Address:**
*Do **Not** put zip code of Program. See Manual for definition of Permanent.*

▶ **3b. Código postal de la última dirección permanente:**
***No** ponga el código postal del programa. Consulte la definición de "permanente" en el manual.*

▶ **3c. Where did you stay last night?**
▶ **3c. ¿Dónde se quedó anoche?**

1☐ Emergency shelter 1☐ Refugios de emergencia	7☐ Jail, prison or juvenile detention facility 7☐ Cárcel, prisión o centro penitenciario para menores	13☐ Foster care home or foster care group hm 13☐ Hogar o grupo de cuidado tutelar
2☐ Transitional housing for homeless persons 2☐ Viviendas de transición para personas sin hogar	8☐ Room, apartment, or house that you own or rent 8☐ Alquila o es dueño de una casa, apartamento o habitación	14☐ Place not meant for habitation 14☐ Lugar no destinado a vivienda
3☐ Permanent housing for formerly homeless 3☐ Vivienda permanente para personas anteriormente sin hogar	9☐ Staying or living with a family member 9☐ Se queda o vive con un miembro de su familia	15☐ Other 15☐ Otro
4☐ Psychiatric hospital or other psych. facility 4☐ Hospital o centro psiquiátrico	10☐ Staying or living with a friend 10☐ Se queda o vive con un amigo	88☐ Refused 88☐ Se niega a contestar
5☐ Substance abuse treatment facility or detox 5☐ Centro de tratamiento por abuso de sustancias o de desintoxicación	11☐ **Room, apartment, or house to which you <u>cannot return</u> (future return can be uncertain)** 11☐ **Habitación, apartamento o casa a la que usted <u>no puede regresar</u> (el retorno futuro puede ser incierto)**	
6☐ Hospital (non-psychiatric) 6☐ Hospital (no psiquiátrico)	12☐ Hotel or motel paid for without emergency shelter voucher 12☐ Hotel o motel pagado sin cupón para refugio de emergencia	

▶ **4. Do you consider yourself to be transgender?** ☐Yes ☐No ☐Refused

▶ **4. ¿Se considera usted una persona transgénero?** ☐Sí ☐No ☐Se niega a contestar

4a. If you answered Yes to Q. 4, please specify: ☐Male to Female ☐Female to Male ☐Other, specify _____

4a. Si contestó que Sí a la P 4, especifique: ☐Hombre a mujer ☐Mujer a hombre ☐Otra, especifique _____

▶ **5. Do you consider yourself to be:** ☐Heterosexual ☐Gay/Lesbian ☐Bisexual ☐Other, specify _____ ☐Refused

▶ **5. Usted se considera:** ☐Heterosexual ☐Gay o lesbiana ☐Bisexual ☐Otra, especifique _____ ☐Se niega a contestar

▶ **6. Number of days between initial contact with the program by the client or someone on behalf of the client and enrollment :**
If came direct from court mark zero (0). If transfer from MCI-Framingham or MASAC (Bridgewater) enter # of days spent at that facility. ☐

▶ **6. Número de días entre el contacto inicial con el programa por el cliente o alguien en nombre del cliente, y la admisión:**
Si vino directamente de una corte, marque cero (0). Si fue trasladado de MCI-Framingham o de MASAC (Bridgewater) ingresar el número de días que pasó allí. ☐

▶ **7. Source of Referral: Select either 60 (Court Section 35) OR 67 (Department of Correction – transfer from at MCI-F or Bridgewater)** ☐☐

▶ **7. Fuente del referimiento: Seleccionar ya sea 60 (Corte, Sección 35) O 67 (Departamento Correccional, trasladado de MCI-F o Bridgewater)** ☐☐

▶ **8. Frequency of attendance at self-help programs (e.g., AA, NA) in 30 days prior to Admission:** ☐☐ ✶

▶ **8. Frecuencia de asistencia a programas de autoayuda (p. ej., AA, NA) en los 30 días previos a la admisión:** ☐☐ ✶

9. Additional Client Type (Check ALL that apply Not just Section 35)

9. Otros tipos de cliente (Marque todo lo que corresponda, no sólo Sección 35)

New ☐Student *Nuevo* ☐Estudiante	☐ Postpartum ☐ Posparto	☐ Methadone ☐ Metadona	*New* ☐Injectable Naltrexone *Nuevo* ☐La Naltrexona inyectable (e.g. Vivitrol)	☐Probation ☐Probación	☐Federal Probation ☐Probación federal
☐Pregnant ☐Embarazada	*Change* ☐Veteran/Any Military Service *Cambio* ☐Veterano de guerra/Cualquier servicio military	*Change* ☐Buprenorhphine (e.g., Suboxone) *Cambio* ☐La Buprenorfina (eg., Suboxone)	☒ Section 35 ☒ Sección 35	☐Parole ☐Libertad condicional	☐Federal Parole ☐Libertad condicional federal

▶ **10. Do you have children?** ☐Yes ☐No ☐Refused

▶ **10. ¿Tiene usted hijos?** ☐Sí ☐No ☐Se niega a contestar

If answer to Q. 10 is 'Yes', complete 10a-10d. If no, skip to Q. 11

Si contesta que 'Sí' a la P 10, completar 10a a 14d. Si contesta 'No', saltar a la P 11.

10a. Number Children Under 6: ☐
10a. Número de hijos menores de 6 años: ☐

10b. Number of Children 6-18: ☐
10b. Número de hijos de 6-18 años: ☐

10c. Children Over 18: ☐
10c. Hijos mayores de 18 años: ☐

10d. Are any of the children of the Native American race? (i.e., American Indian) 1☐Yes 2☐No

10d.¿Es alguno de los niños de raza india nativa norteamericana(indígena americano)? 1☐Sí 2☐No

▶ **11. Are you the primary caregiver for any children?** If yes, see manual ☐Yes ☐No ☐Refused

If the client is the primary caregiver of children you must assess as to the children's welfare and what arrangements have been made for their care in your full clinical assessment.!!!

▶ **11. ¿Es usted el principal proveedor de cuidados de alguno de los niños?** Si contesta que 'Sí', ver el Manual ☐Sí ☐No ☐Se niega a contestar

Si el cliente es el principal proveedor de cuidados, usted debe evaluar el bienestar de los niños y los arreglos que se han hecho para su cuidado en su ***evaluación clínica completa***.

▶ **12. Employment status at Enrollment:** ☐ ✶

▶ **12. Situación de empleo durante la admisión:** ☐ ✶

▶ **13. Number of days worked in the past 30 days:** ☐

▶ **13. Número de días trabajados en los últimos 30 días:** ☐

14. Where do you usually live? (Where has the client spent/slept most of the time over the last 12 months?)

14. ¿Dónde suele vivir? (Durante los últimos 12 meses, ¿dónde pasó el cliente la mayor parte del tiempo o dónde durmió?)

1 ☐ House or apartment 1 ☐ Casa o apartamento	3 ☐ Institution 3 ☐ Institución	5 ☐ Shelter/mission 5 ☐ Refugio o misión	7 ☐ Foster Care 7 ☐ Hogar de crianza
2 ☐ Room/boarding or sober house 2 ☐ Habitación o casa de huéspedes o para personas en sobriedad	4 ☐ Group home/treatment 4 ☐ Hogar grupal o de tratamiento	6 ☐ On the streets 6 ☐ En la calle	88 ☐ Refused 88 ☐ Se niega a contestar

15. Who do you live with? (*Check all that apply)*

15. ¿Con quién vive? (*Marque todo lo que corresponda.)*

☐ Alone ☐ Solo	☐ Child 6-18 ☐ Niño de 6 a 18 años	☐ Spouse/Equivalent ☐ Esposo(a) o equivalente	☐ Other Relative ☐ Otro pariente
☐ Child under 6 ☐ Niño menor de 6 años	☐ Child over 18 ☐ Niño mayor de 18 años	☐ Parents ☐ Padres	☐ Roommate/Friend ☐ Compañero de habitación o amigo

16. Use of Mobility Aid: (*Check all that apply)* **16. Uso de ayuda a la movilidad:** (*Marque todo lo que corresponda)*	☐ None ☐ Ninguna	☐ Crutches ☐ Muletas	☐ Walker ☐ Andador	☐ Manual Wheelchair ☐ Silla de ruedas manual	☐ Electric Wheelchair ☐ Silla de ruedas eléctrica

17. Vision Impairment ☐ ✶ **17. Deficiencia visual** ☐ ✶	**18. Hearing Impairment** ☐ ✶ **18. Deficiencia auditiva** ☐ ✶	**19.SelfCare/ADL Impairment** ☐ ✶ **19.Deterioro de las habilidades de autocuidado o de las actividades de la vida diaria** ☐ ✶	**20.Developmental Disability** ☐ ✶ **20. Discapacidad del desarrollo** ☐ ✶

21. Prior Mental Health Treatment: **21. Tratamiento de salud mental previo:**	0 ☐ No history 0 ☐ Sin antecedentes	1 ☐ Counseling 1 ☐ Consejería	2 ☐ One hospitalization 2 ☐ Una hospitalización	3 ☐ More than one hospitalization 3 ☐ Más de una hospitalización

22. During the past 12 months, did you take any prescription medication that was prescribed for you to treat a mental or emotional condition?	1 ☐ Yes	2 ☐ No	88 ☐ Refused	99 ☐ Unknown
22. Durante los últimos 12 meses, ¿tomó algún medicamento recetado, específicamente para tratar un problema mental o emocional?	1 ☐ Sí	2 ☐ No	88 ☐ Se niega a contestar	99 ☐ Desconocido

23. Number of prior admissions to each substance abuse treatment modality *(0 - 5 admissions, '5' = 5 or more, 99=unknown) Do not count this tx. episode.*

23. Número de admisiones anteriores a cada modalidad de tratamiento de abuso de sustancias *(0 - 5 ingresos, '5' = 5 o más, 99 = Desconocido) No cuente este episodio de tratamiento.*

☐ Detox ☐ Desintoxicación	☐ Outpatient ☐ Ambulatorio	☐ Drunk Driver ☐ Conductor ebrio	☐ Other ☐ Otro
☐ Residential ☐ Residencial	☐ Opioid ☐ Opiáceo	☐ Section 35 ☐ Sección 35	

24. Currently receiving services from a state agency: (*Check all that apply)*

24. Actualmente recibe servicios de una agencia estatal: (*Marque todo lo que corresponda)*

☐ None ☐ Ninguno	☐ DMH *does client have* a *case mgr.?* ☐ DMH *¿Tiene el cliente un administrador del caso?*	☐ DTA *e.g. food stamps* ☐ DTA, *p. ej., cupones de alimentos*	☐ MCDHH Commission for *Deaf* ☐ MCDHH, *Comisión de Massachusetts para Personas Sordas y con Dificultades Auditivas*
☐ DCF *was DSS* ☐ DCF, *anteriormente DSS*	☐ DDS *was DMR* ☐ DDS, *anteriormente DMR*	☐ MRC *Mass Rehab* ☐ MRC *Comisión de Rehabilitación de Massachusetts*	☐ Other ☐ Otro
☐ DYS *youth services* ☐ DYS Servicios para Jóvenes	☐ DPH *e.g. HIV/STD; not BSAS tx..* ☐ DPH *p. ej. VIH/ETS; sin incluir tratamiento del BSAS.*	☐ MCB *Commission for Blind* ☐ MCB *Comisión de Massachusetts para personas ciegas*	*See manual for system generated associations (e.g. Client Type Probation – OCP services.)* *Consultar el manual el tema de asociaciones generadas por el sistema (p. ej. probación por tipo de cliente - Servicios OCP)*

25. Number of arrests in the past 30 days: ☐ *(Section 35 is not an arrest, it is a civil commitment)*

25. Número de arrestos en los últimos 30 días: ☐ *(La Sección 35 no es un arresto, es un compromiso civil).*

26. History Substance Mis-use, Nicotine/Tobacco Use & Gambling
For pharmaceutical drugs prescribed for the client, only code misuse (more than the recommended dosage) or non-medical use. (Example - If the client was prescribed a benzodiazepine for a mental health disorder and used per instruction, do not list on History Table.) Note: For the safety of the client all drugs used must be recorded in the client record.(See Manual for commercial names.)

26. Antecedentes de mal uso de sustancias, la nicotina/tabaco y juego
Para los medicamentos farmacéuticos recetados al cliente, codificar solamente mal uso (más de la dosis recomendada) o uso no médico. (Ejemplo: Si al cliente le recetaron una benzodiacepina por trastornos de salud mental y la usó según las instrucciones, no debe incluirse en la tabla de antecedentes.) Nota: Para la seguridad del cliente, se deben registrar todas las drogas usadas en el historial del cliente. (Ver nombres comerciales en el manual).

		Have You Ever Mis-Used/Bet Ha hecho un uso indebido o apuestas		Age of First Use/Bet Edad del primer uso indebido o apuesta	Last Use/Bet Último uso indebido o apuesta	Freq of Last Use/Bet Frecuencia de uso indebido o apuesta	Route of Admin Code Vía de administración, código
		Yes Sí	No No				
A A	**Alcohol** *For **Alcohol**, enter first age of **intoxication*** **Alcohol** *Para **alcohol**, ingresar la edad de la primera vez que se embriagó*						
B B	**Cocaine** **Cocaína**						
C C	**Crack** **Crack**						
D D	**Marijuana / Hashish** **Marihuana o hashish**						
E E	**Heroin** **Heroína**						
F F	**Prescribed Opiates** *Misuse/non-medical use of pharmaceutical opiates which were prescribed for the client.* **Opiáceos recetados** *Uso indebido o uso no médico de opiáceos farmacéuticos que fueron recetados para el cliente.*						
G G	**Non-prescribed Opiates** *Non-medical use of pharmaceutical opiates which were not prescribed for the client* **Opiáceos no recetados** *Uso no médico de opiáceos farmacéuticos que no fueron recetados para el cliente*						
H H	**PCP** **PCP (fenciclidina)**						

I I	**Other Hallucinogens** **Otros alucinógenos**						
J J	**Methamphetamine** **Metanfetamina**						
K K	**Other Amphetamines** **Otras anfetaminas**						
L L	**Other Stimulants** **Otros estimulantes**						
M M	**Benzodiazepines** **Benzodiacepinas**						
N N	**Other Tranquillizers** **Otros tranquilizantes**						
O O	**Barbiturates** **Barbitúricos**						
P P	**Other Sedatives / Hypnotics** **Otros sedantes o hipnóticos**						
Q Q	**Inhalants** **Inhalantes**						
R R	**Over the Counter** **Sin receta médica**						
S S	**Club Drugs** **Drogas de discoteca**						
U U	**Other** **Otros**						
X X	**Nicotine/Tobacco** *Includes cigarettes, cigars, chewing tobacco, inhalers* **La Nicotina/Tabaco** *Incluye cigarrillos, cigarros, tabaco de mascar, inhaladores*						
Y Y	**Gambling** *Includes any of the types listed in Q.28a* **Apuestas** *Incluye cualquiera de los tipos que aparecen en P 28a*						**N/A**

27. Number of cigarettes <u>currently</u> smoked per day (Indicate number of cigarettes, not number of packs: 1 pack = 20 cigarettes
If client uses another type of nicotine/tobacco product, mark Zero (0). *If person does not smoke cigarettes, skip Q 27 and go to Q 28a & b* ☐

27. Número de cigarrillos que fuma por día *<u>actualmente</u>* (indicar el número de cigarrillos, no el número de paquetes: 1 paquete = 20 cigarrillos ☐
Si el cliente utiliza otro tipo de producto del nicotina/tabaco, marque cero (0). *Si la persona no fuma cigarrillos, no conteste la P 27 y pase a la P 28a.*

28a. Types of last regular gambling: *(check all that apply*) *If person does not have a gambling history go to Q.29 (Substance Ranking)*

28a. Tipos de juego, última vez que apostaba regularmente: *(marque todo lo que corresponda)* *Si la persona no tiene antecedentes de apostar, pase a la P 29 (Clasificación de sustancias).*

☐Lottery -Scratch Tickets ☐Lotería, tarjetas de raspar	☐Slot Machines ☐Máquinas tragamonedas	☐Sports Betting ☐Apuestas deportivas	☐Stock Market ☐Bolsa de Valores
☐Lottery - Keno ☐Lotería, Keno	☐Casino Games ☐Juegos de Casino	☐Bingo ☐Bingo	☐Internet Gambling ☐Apuestas en Internet
☐Lottery/Numbers Games ☐Juegos de lotería o números	☐Card Games ☐Juegos de cartas	☐Dog/Horse Tracks, Jai Alai ☐Carreras de perros o caballos, Jai Alai	

28b. Have you ever thought you might have a gambling problem, or been told you might? ☐Yes ☐No ☐Refused

28b. ¿Ha pensado alguna vez que usted pueda tener un problema con las apuestas, o se lo dijeron? ☐Sí ☐No ☐Se niega a contestar

Nicotine/Tobacco and Gambling CANNOT be marked as a primary/secondary/or tertiary drug. This applies for Substances A through U Only.

IT IS VITAL THAT PATIENTS BE ASKED IF THEY HAVE a SECONDARY and/or TERTIARY DRUG OF CHOICE. Clinicians may rank substances based on their clinical opinion after review of the substance use history and not necessarily client report.

El nicotina/tabaco y el juego NO PUEDEN marcarse como droga primaria, secundaria ni terciaria. Esto se aplica a las sustancias A a U solamente.

ES DE VITAL IMPORTANCIA PREGUNTAR A LOS PACIENTES SI TIENEN UNA DROGA PREFERIDA SECUNDARIA O TERCIARIA. Después de revisar el historial de consumo de sustancias, los encargados de la admisión pueden clasificar las sustancias de acuerdo a su opinión clínica y no necesariamente según el informe del cliente.

▶ **29. Rank substances by entering corresponding letter for substances listed above in Question 26.** (*If no secondary or tertiary substance, leave blank*)
▶ **29. Clasifique las sustancias anotando la letra correspondiente a cada sustancia, ver P 26.** (*Si no hay una sustancia secundaria o terciaria, dejar en blanco*)

Primary Substance	☐	**Secondary Substance**	☐	**Tertiary Substance**	☐
Sustancia primaria	☐	**Sustancia secundaria**	☐	**Sustancia terciaria**	☐

▶ **30. Needle Use?**
▶ **30. ¿Uso de jeringas para inyectarse drogas?**

0 ☐ Never	1 ☐ 12 or more months ago	2 ☐ 3 to 11 months ago	3 ☐ 1 to 2 months ago	4 ☐ Past 30 days	5 ☐ Last week
0 ☐ Nunca	1 ☐ Hace 12 meses o más	2 ☐ Hace 3 a 11 meses	3 ☐ Hace 1 a 2 meses	4 ☐ En los últimos 30 días	5 ☐ La semana pasada

▶ **31a. How many overdoses have you had in your lifetime?** ☐
▶ **31a. ¿Cuántas sobredosis ha tenido en su vida?** ☐

▶ **31b. How many overdoses have you had in past year?** ☐
▶ **31b. ¿Cuántas sobredosis ha tenido en el último año?** ☐

▶ **32. Court issuing the commitment:**
▶ **32. El corte que emite el compromiso:**

▶ **33. Petitioner:**
▶ **33. Solicitante:**

☐ Self	☐ Family Member	☐ Hospital	☐ Court / Probation	☐ Police
☐ Paciente	☐ Familiar	☐ Hospital	☐ Corte / Probación	☐ Policía

▶ **34. Does the Client have pending criminal charges?** 01 ☐Yes 02 ☐No 99 ☐Unknown
▶ **34. ¿Tiene el cliente cargos criminales pendientes?** 01 ☐Sí 02 ☐No 99 ☐Desconocido

34a If answered Yes to Q. 34 please specify the pending charges. *If answered 'No', go to Q 35*

34a Si contestó que Sí a la P 34, favor de especificar los cargos pendientes. *Si contestó que 'No', siga con la P 35.*

☐ Drug Offenses	☐ Property Offenses	☐ Probation Violation
☐ Delitos relacionados con drogas	☐ Delitos relacionados contra la propiedad	☐ Violación de la probación
☐ Sexual Offenses	☐ Personal Offenses	☐ Other
☐ Delitos de carácter sexual	☐ Delitos de carácter personal	☐ Otro

▶ **35. Does client have a psychiatric diagnosis?** 01 ☐Yes 02 ☐No 99 ☐Unknown
▶ **35. ¿Tiene el cliente un diagnóstico psiquiátrico?** 01 ☐Sí 02 ☐No 99 ☐Desconocido

▶ **36. Did client take psychotropic medication anytime within the last SIX months prior to detoxification?**
If 'Yes' to Q 36, answer Q 36a. If ''No' to Q 36, go to Q 37.
01 ☐Yes 02 ☐No 99 ☐Unknown

▶ **36. Durante los últimos SEIS meses, ¿usó el cliente medicación psicotrópica en algún momento antes de la desintoxicación?**
Si contestó que 'Sí' a la P 36, contestar la P 36a. Si contestó que 'No' a la P 36, pasar a la P 37.
01 ☐Sí 02 ☐No 99 ☐Desconocido

36a. If answered Yes to Q. 36, please specify category of psychotropic medication taken. (Check all that apply.)

36a. Si contestó que 'Sí' a la P 36, especificar la categoría de medicación psicotrópica usada. (Señale todas las opciones que aplican).

☐ Anti-depressants ☐ Antidepresivos	☐ Mood Stabilizers ☐ Estabilizadores del estado de ánimo	☐ Psycho-Stimulants ☐ Psicoestimulantes	☐ Anti-Psychotics ☐ Antipsicóticos	☐ Anti-Anxiety ☐ Ansiolíticos

▶ **37. How many admissions has client had for acute inpatient psychiatric care in the last six months?** ☐

▶ **37. Durante los últimos seis meses, ¿cuántas admisiones hospitalarias tuvo el cliente para recibir atención psiquiátrica severa?** ☐

	✶ Q 8 Frequency of Attendance at Self-Help Programs ✶ P 8 Frecuencia de la asistencia a programas de autoayuda		
Code Código		**Code Código**	
01 01	No attendance in the past month No asistió en el último mes	05 05	16-30 times in past month (4 or more times per week) 16-30 veces en el último mes (4 o más veces por semana)
02 02	1-3 times in past month (less than once per week) 1-3 veces en el último mes (menos de una vez por semana)	06 06	Some attendance, but frequency unknown Algunas veces, pero la frecuencia se desconoce
03 03	4-7 times in past month (about once per week) 4-7 veces en el último mes (aproximadamente una vez por semana)	99 99	Unknown Desconocido
04 04	8-15 times in past month (2 or 3 times per week) 8-15 veces en el último mes (2 o 3 veces por semana)		

✶ Q 12 Employment Status at Enrollment ✶ P 12 Situación de empleo durante la admisión					
Code Código		**Code Código**		**Code Código**	
1 1	Working Full Time Trabajo de tiempo completo	6 6	Not In Labor Force - Retired No trabaja, jubilado	11 11	Volunteer Voluntario
2 2	Working Part Time Trabajo de tiempo parcial	7 7	Not In Labor Force - Disabled No trabaja, discapacitado	12 12	Other Otra
3 3	Unemployed - Looking Desempleado, está buscando trabajo	8 8	Not In Labor Force - Homemaker No trabaja, trabaja en el hogar (oficios domésticos)	13 13	Maternity/Family Leave Licencia con permiso por maternidad o familiar
4 4	Unemployed – Not Looking Desempleados, no está buscando trabajo	9 9	Not In Labor Force - Other No trabaja, otro motivo	99 99	Unknown Desconocido
5 5	Not In Labor Force – Student No trabaja, estudiante	10 10	Not In Labor Force - Incarcerated No trabaja, encarcelado		

Code Código	**✶ Q. 17 Vision Impairment ✶ P. 17 Deficiencia visual**
0 0	None: Normal Vision Ninguno: Visión normal
1 1	Slight: vision can be or is corrected with glasses/lenses Ligero: la visión se puede corregir o se ha corregido con anteojos o lentes
2 2	Moderate: "Legally blind" but having some minimal vision Moderado: "Legalmente ciego" pero tiene una visión mínima
3 3	Severe: No usable vision Grave: No tiene visión utilizable

Code Código	**✶ Q. 18 Hearing Impairment ✶ P. 18 Deficiencia auditiva**
0 0	None: Normal hearing requiring no correction Ninguno: Audición normal no requiere corrección
1 1	Slight: Hearing is or can be adequately corrected with amplification (eg hearing aid) Ligera: La audición o puede corregirse o se ha corregido adecuadamente con amplificación (p. ej. audífonos)
2 2	Moderate: Hard of hearing, even with amplification Moderado: Le cuesta oír, incluso con amplificación
3 3	Severe: Profound deafness Grave: Sordera profunda

Code Código	**✶ Q19 Self Care/ADL Impairment ✶ P 19 Deterioro de las habilidades de autocuidado o para las actividades de la vida diaria**
0 0	None: No problem accomplishing ADL skills such as bathing, dressing and other self care Ninguna: No tiene ningún problema para realizar actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse y otros cuidados personales.
1 1	Slight: Uses adaptive device(s) and/or takes additional time to accomplish ADL but does not require attendant Leve: Utiliza dispositivo de adaptación o tarda más tiempo para realizar las actividades de la vida diaria pero no requiere un asistente
2 2	Moderate: Needs personal attendant up to 20 hours a week for ADL Moderada: Necesita asistente personal por hasta 20 horas por semana para las actividades de la vida diaria
3 3	Severe: Requires personal attendant for over 20 hours a week for ADL Grave: Requiere asistente personal durante más de 20 horas por semana para las actividades de la vida diaria

Code Código	**✶ Q. 20 Developmental Disability ✶ P 20 Discapacidad del desarrollo**
0 0	None Nada
1 1	Slight Developmental Disability Discapacidad del desarrollo leve
2 2	Moderate Developmental Disability Discapacidad del desarrollo moderada
3 3	Severe Developmental Disability Discapacidad del desarrollo grave

✶Q. 26 KEY FOR History Substance Mis-use, Nicotine/Tobacco Use & Gambling
✶P 26 CLAVE PARA Antecedentes de uso indebido de sustancias, nicotina/tabaco y juego

Code Código	Last Use Substances Último uso de sustancias
1 1	12 or more months ago Hace 12 meses o más
2 2	3-11 months ago Hace 3 a 11 meses
3 3	1-2 months ago Hace 1 ó 2 meses
4 4	Past 30 days Últimos 30 días
5 5	Used in last week Usó en la semana pasada

Code Código	Frequency of Last Use/bet Frecuencia del último consumo o apuestas
1 1	Less than once a month Menos de una vez al mes
2 2	1-3 times a month 1 ó 3 veces por mes
3 3	1-2 times a week 1-2 veces por semana
4 4	3-6 times a week 3 a 6 veces por semana
5 5	Daily Diaria
99 99	Unknown Desconocido

Code Código	Route of Administration Vía de administración
1 1	Oral (swallow and/or chewing) Oral (se traga y/o mastica)
2 2	Smoking Se fuma
3 3	Inhalation Se inhala
4 4	Injection Se inyecta
5 5	Other Otra