

Evaluación de fortalezas y necesidades para adultos (ANSA) – Completa

Edades 21+

NOMBRE / MRN

Fecha de evaluación:	Fecha de nacimiento:	Género:	Raza/Etnicidad:
Número de identificación personal:	Número de identificación de programa o facilidad:		

Fase de formulario: Inicial Subsecuente Anual Alta

FORTALEZAS

0=sin evidencia 1=útil
2=se ha identificado una fortaleza en esta área 3=no se ha identificado

	0	1	2	3
1. La Familia como fortaleza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Habilidades Interpersonales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Talentos/Intereses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Identidad Cultural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Espiritualidad/Religiosidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Antecedentes laborales/voluntariado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vida en la Comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Apoyo de otros en su entorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Optimismo/esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Resiliencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ingenio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FUNCIONAMIENTO EN ÁMBITOS VITALES

0=sin evidencia 1=historia o sospecha, monitoreo
2=interfiere con el funcionamiento, 3= incapacitante, peligroso; requiere
requiere tomar acción acción inmediata o intensiva

	0	1	2	3
12. Funcionamiento Familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Estabilidad Residencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Funcionamiento Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Desarrollo/Intelecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Capacidad de decisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Escuela/empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Aspecto Médico o Físico^A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sueño/Dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sexualidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Relaciones íntimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Roles de padres/cuidadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Cuidado personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Habilidades para la vida independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Cumplimiento con la medicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Participación en la recuperación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMPORTAMIENTOS DE RIESGO

0=sin evidencia 1=historia o sospecha, monitoreo
2=interfiere con el funcionamiento, 3= incapacitante, peligroso; requiere
requiere tomar acción acción inmediata o intensiva

	0	1	2	3
29. Peligro para sí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Autolesiones – No Suicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Peligro para Otras Personas^B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Otras Autolesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Victimización/explotación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Agresión Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Conducta criminal^C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Seguridad de la Comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Conductas adictivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FACTORES CULTURALES

0=sin evidencia 1=historia o sospecha, monitoreo
2=interfiere con el funcionamiento, 3= incapacitante, peligroso; requiere
requiere tomar acción acción inmediata o intensiva

	0	1	2	3
38. Lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Tradiciones y Rituales Culturales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Estrés Cultural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NECESIDADES CONDUCTUALES Y EMOCIONALES

0=sin evidencia 1=historia o sospecha, monitoreo
2=interfiere con el funcionamiento, 3= incapacitante, peligroso; requiere
requiere tomar acción acción inmediata o intensiva

	0	1	2	3
41. Psicosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Impulsividad/Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Alteración del estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Conducta antisocial/Conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Control de la Ira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Problemas interpersonales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Trastorno de Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Adaptación al Trauma^D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Consumo de Sustancias^E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NECESIDADES Y DEL CUIDADOR (Opcional)

No se conoce ningún cuidador para este individuo. Omita este campo.

0=sin evidencia 1=historia o sospecha, monitoreo
2=interfiere con el funcionamiento, 3= incapacitante, peligroso; requiere
requiere tomar acción acción inmediata o intensiva

	0	1	2	3
52. Supervisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Participación en la Atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Conocimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Recursos Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Estabilidad Residencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Salud/salud conductual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Estrés familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROTECCIÓN DE ADULTOS (Opcional)

El individuo no es un adulto dependiente. Omita este campo.

0=sin evidencia 1=historia o sospecha, monitoreo
2=interfiere con el funcionamiento, 3= incapacitante, peligroso; requiere
requiere tomar acción acción inmediata o intensiva

	0	1	2	3
60. Situación de Vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Abuso/negligencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Violencia conyugal/de pareja en el hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las clasificaciones resaltadas en negrita requieren puntuación del módulo asociado al ítem

MÓDULOS DE EVALUACIÓN INDIVIDUALIZADAS A – Salud B – Peligrosidad C – Conducta criminal D – Trauma
 (para A-F clasificar si se indica en la página 1) E – Trastorno del uso de sustancias F – Adulto mayor (SOLO clientes edades 60+)

A – MÓDULO DE SALUD

0=sin evidencia	1=historia o sospecha, monitoreo				
2=interfiere con el funcionamiento, requiere tomar acción	3= incapacitante, peligroso; requiere acción inmediata o intensiva				
		0	1	2	3
HM1. Administración de la atención médica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HM2. Coordinación de la atención médica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B – MÓDULO DE PELIGROSIDAD

0=sin evidencia	1=historia o sospecha, monitoreo				
2=interfiere con el funcionamiento, requiere tomar acción	3= incapacitante, peligroso; requiere acción inmediata o intensiva				
		0	1	2	3
DAN1. Manejo de la Frustración		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAN2. Hostilidad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAN3. Pensamientos Paranoicos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAN4. Ganancias Secundarias de la Ira		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAN5. Pensamientos Violentos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAN6. Conciencia Sobre el Potencial de Violencia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAN7. Respuesta a las Consecuencias		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAN8. Compromiso de Autocontrol		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAN9. Participación en Tratamiento		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C – MÓDULO DE CONDUCTA CRIMINAL

0=sin evidencia	1=historia o sospecha, monitoreo				
2=interfiere con el funcionamiento, requiere tomar acción	3= incapacitante, peligroso; requiere acción inmediata o intensiva				
		0	1	2	3
CB1. Antecedentes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CB2. Gravedad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CB3. Arrestos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CB4. Planificación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CB5. Cumplimiento legal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CB6. Influencias de pares		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CB7. Influencias de conducta criminal de los familiares directos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CB8. Influencia del Entorno		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D – MÓDULO DE TRAUMA

0=sin evidencia	1=historia o sospecha, monitoreo				
2=interfiere con el funcionamiento, requiere tomar acción	3= incapacitante, peligroso; requiere acción inmediata o intensiva				
		0	1	2	3
T1. Desregulación Afectiva		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2. Pensamientos Intrusivos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T3. Dificultades de Apego		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4. Duelo traumático / separación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5. Evitación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6. Embotamiento Afectivo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T7. Disociación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E – MÓDULO DEL TRANTORNO DEL USO DE SUSTANCIAS

0=sin evidencia	1=historia o sospecha, monitoreo				
2=interfiere con el funcionamiento, requiere tomar acción	3= incapacitante, peligroso; requiere acción inmediata o intensiva				
		0	1	2	3
SUD1. Gravedad del Consumo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUD2. Duración del Consumo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUD3. Fase de Recuperación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUD4. Influencias de los pare		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUD5. Influencias del Entorno		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUD6. Participación en un grupo de apoyo para la recuperación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F – MÓDULO PARA ADULTOS MAYORES (clientes de más de 60)

0=sin evidencia	1=historia o sospecha, monitoreo				
2=interfiere con el funcionamiento, requiere tomar acción	3= incapacitante, peligroso; requiere acción inmediata o intensiva				
		0	1	2	3
OA1. Somatización		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OA2. Cognición		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OA3. Memoria		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OA4. Planificación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OA5. Habilidades visuales-espaciales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OA6. Habilidades motrices		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OA7. Movilidad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OA8. Control		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OA9. Permanencia en el servicio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios

Firma del personal/licenciado

Nombre escrito

Fecha