



# Evaluación de fortalezas y necesidades para adultos (ANSA) - Breve

**Edades 21+**

*\*completado para los clientes que reciben solo medicamentos o servicios residenciales de crisis*

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

FUNCIONAMIENTO EN ÁMBITOS VITALES				
	0	1	2	3
0=sin evidencia		1=historia o sospecha, monitoreo		
2=interfiere con el funcionamiento, requiere tomar acción		3= incapacitante, peligroso; requiere acción inmediata o intensiva		
1. Funcionamiento Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desarrollo/Intelecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Capacidad de decisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Escuela/empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sueño/Dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cumplimiento con la medicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMPORTAMIENTOS DE RIESGO				
	0	1	2	3
0=sin evidencia		1=historia o sospecha, monitoreo		
2=interfiere con el funcionamiento, requiere tomar acción		3= incapacitante, peligroso; requiere acción inmediata o intensiva		
8. Peligro para sí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Autolesiones – No Suicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Peligro para Otras Personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Otras Autolesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Agresión Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Conducta criminal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Seguridad de la Comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NECESIDADES CONDUCTUALES Y EMOCIONALES				
	0	1	2	3
0=sin evidencia		1=historia o sospecha, monitoreo		
2=interfiere con el funcionamiento, requiere tomar acción		3= incapacitante, peligroso; requiere acción inmediata o intensiva		
15. Psicosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Impulsividad/Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Comportamiento/Conducta Antisocial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Control de la Ira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Adaptación al Trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Consumo de Sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NECESIDADES Y DEL CUIDADOR (Opcional)				
<input type="checkbox"/> No se conoce ningún cuidador para este individuo. Omita este campo.				
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
23. Supervisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Participación en la Atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Recursos Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Estabilidad Residencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Salud/salud conductual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Estrés familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROTECCIÓN DE ADULTOS (Opcional)				
<input type="checkbox"/> El individuo no es un adulto dependiente. Omita este campo.				
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
29. Situación de Vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Abuso/negligencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Violencia conyugal/de pareja en el hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Comentarios**

Firma del personal/licenciado

Nombre escrito

Fecha