

FORMULARIO PARA ADMISIÓN DE NALOXONA (estándar)

NALOXONE INTAKE FORM - Spanish (standard)

FOR OFFICE USE ONLY		
Form identification number: _____ Date of Kit Distribution: ___/___/___ Number of kits provided: _____ Kit is for: <input type="radio"/> Individual <input type="radio"/> Service entity How is this naloxone funded? <input type="radio"/> ODH (General Allocation and/or IN Grant) <input type="radio"/> Other _____	Distribution Setting:	
	<input type="radio"/> Community Access Point <input type="radio"/> Corrections/Court System <input type="radio"/> ED/Urgent Care <input type="radio"/> FQHC/non-LHD Clinic <input type="radio"/> Hospital System <input type="radio"/> Lay Distribution Network <input type="radio"/> Leave-Behind (EMS/LEO) <input type="radio"/> Local Health Department (LHD) <input type="radio"/> Mobile Unit	<input type="radio"/> Online Mail-order <input type="radio"/> Pharmacy <input type="radio"/> QRT <input type="radio"/> School/University <input type="radio"/> Street Outreach <input type="radio"/> Syringe Service Program <input type="radio"/> Treatment/Recovery <input type="radio"/> Other _____
	Zip Code of Distribution Setting: _____ <input type="radio"/> N/A (online) County of Distribution Setting: _____ <input type="radio"/> N/A (online)	
Edad <input type="radio"/> 14 o mayor <input type="radio"/> 15-24 <input type="radio"/> 25-34 <input type="radio"/> 35-44 <input type="radio"/> 45-54 <input type="radio"/> 55-64 <input type="radio"/> 65+ ¿Con qué género te identificas más? <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Género no binario/Fluido de género <input type="radio"/> Prefiero no responder <input type="radio"/> No enlistado _____ ¿Con qué raza(s) y grupo(s) étnico(s) se identifica? Elija una opción. <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Negro/Afroamericano <input type="radio"/> Hispano/Latino <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="radio"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Prefiero no responder <input type="radio"/> Multirracial/multiétnico (marque todas las opciones que correspondan) <div style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro </div>		
¿En qué código postal de Ohio vive? _____ <input type="radio"/> Prefiero no responder <input type="radio"/> No vivo en Ohio ¿En qué condado de Ohio vive? _____ <input type="radio"/> Prefiero no responder <input type="radio"/> No vivo en Ohio		
¿Es la primera vez que recibe el kit de naloxona (Narcan)? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si respondió no, ¿qué sucedió con su kit anterior? <input type="radio"/> Mi kit fue utilizado para asistir a otra persona que tuvo una sobredosis → ¿Sobrevivió esa persona? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Mi kit fue utilizado en mí <input type="radio"/> La medicación en mi kit expiró <input type="radio"/> Otro		
Uso adecuado de la naloxona (Narcan): <input type="checkbox"/> Si sufrí una sobredosis <input type="checkbox"/> Si un familiar o amigo sufre una sobredosis <input type="checkbox"/> Si veo a alguien sufriendo una sobredosis	¿Cuántas veces vio a otras personas sufrir sobredosis? <input type="radio"/> 0 (nunca) <input type="radio"/> 1 a 10 <input type="radio"/> Más de 10 <input type="radio"/> Prefiero no contestar	
¿Tiene seguro médico? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, tengo Medicaid <input type="radio"/> Sí, tengo otro seguro <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> Prefiero no contestar		
Sí	No	Usted:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Salió de la cárcel o de un centro correccional en los últimos 30 días?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Fue dado de alta de un centro de tratamiento hospitalario en los últimos 30 días?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Ha estado alguna vez en un programa formal de tratamiento (aparte de AA u otro grupo de apoyo)?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Alguna vez usó drogas intravenosas?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Usó <u>otras</u> drogas aparte de opiáceos, como cocaína o metanfetamina?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Sufrió una sobredosis?