

Proyecto DAWN (Muertes que se evitan con naloxona)

Formulario de ingreso del Equipo de respuesta rápida

PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE

Identificador del formulario _____

¿Esta naloxona fue fundada por el Departamento de Salud de Ohio (ODH)?

- Yes
 No

Fecha:

¿En qué condado de Ohio vive?

¿Tiene seguro de salud?

- No
 Sí, tengo Medicaid
 Sí, tengo otra cobertura de seguro (seguro privado, Medicare, TRICARE, etc.)
 Se desconoce

¿Quién tuvo la sobredosis?

- Yo
 Mi esposo, esposa o pareja
 Mi padre/madre o tutor
 Mi hermano o hermana
 Mi hijo/a
 Otro miembro de la familia
 Mi amigo/a, novio o novia
 Otra persona _____

Raza de la persona que tuvo la sobredosis:

- Blanca
 Negra afroamericana
 Asiático
 Indígena norteamericana o nativa de Alaska
 Hawaiana nativa o de otra isla del Pacífico
 Más de una raza (birracial/multirracial)
 Se desconoce

Género de la persona que tuvo la sobredosis:

- Masculino
 Femenino
 Mujer transgénero (H→M)
 Hombre transgénero (M→H)
 Otro/No binario
 Se desconoce

La persona que tuvo la sobredosis, ¿es hispana o latina?

- Sí
 No
 Se desconoce

Edad de la persona que tuvo la sobredosis:

Nivel de educación alcanzado por la persona que tuvo la sobredosis:

Estado civil de la persona que tuvo la sobredosis:

- Soltero/a
 Casado/a
 Separado/a
 Divorciado/a
 Vive como persona casada
 Viudo/a
 Se desconoce

- Menos que escuela secundaria
 Título de escuela secundaria o GED
 Cierta nivel de colegio terciario
 Título de asociado
 Título de grado
 Título de maestría
 Título de doctorado
 Se desconoce

<p>La persona que tuvo la sobredosis, ¿está empleada actualmente?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí – a medio tiempo <input type="radio"/> Sí – a tiempo completo <input type="radio"/> Sí – no estoy seguro si a medio tiempo o tiempo completo <input type="radio"/> Se desconoce 	<p>¿Cuántas veces, en total, tuvo sobredosis esta persona?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Se desconoce <input type="radio"/> Esta es la primera vez. <input type="radio"/> Esta persona tuvo sobredosis antes, pero no sé cuántas veces. <input type="radio"/> Cantidad de veces _____
<p>¿Dónde ocurrió la sobredosis?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> En la casa de la persona que tuvo la sobredosis <input type="radio"/> En la casa de otra persona <input type="radio"/> En un antro de drogas o un fumadero <input type="radio"/> En un automóvil <input type="radio"/> En un edificio público (restaurante, biblioteca, centro de compras, tienda de comestibles, estación de combustible, etc.) <input type="radio"/> En un espacio abierto (bosque, parque, patio de juegos, etc.) <input type="radio"/> Se desconoce <input type="radio"/> Otro _____ 	
<p>¿Pasó algo de lo siguiente antes o después de la sobredosis? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un SEM (servicio de emergencias médicas) o la policía proporcionó rescate mediante respiración o RCP (reanimación cardiopulmonar) <input type="checkbox"/> Un transeúnte proporcionó rescate mediante respiración o RCP (reanimación cardiopulmonar) <input type="checkbox"/> Un SEM (servicio de emergencias médicas) o la policía administró naloxona <input type="checkbox"/> Un transeúnte administró naloxona <input type="checkbox"/> La persona fue trasladada a la sala de emergencias <input type="checkbox"/> La persona que tuvo la sobredosis se veía enojada y/o agresiva luego de despertarse <input type="checkbox"/> La persona que tuvo la sobredosis vomitó luego de despertarse <input type="checkbox"/> La persona que tuvo la sobredosis se sintió descompuesta por la droga o tuvo abstinencia luego de despertarse <input type="checkbox"/> Arrestaron a la persona que tuvo la sobredosis <input type="checkbox"/> Arrestaron a otra persona <input type="checkbox"/> Otro _____ 	
<p>¿Alguien llamó al 911?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> No → ¿Por qué no? _____ 	