

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 14 o mayor 15-24 25-34 35-44 45-54 55-64 65+

¿Con qué género te identificas más?
 Masculino Femenino Género no binario/Fluido de género Prefiero no responder No enlistado _____

¿Con qué raza(s) y grupo(s) étnico(s) se identifica? Elija una opción.
 Blanco Negro/Afroamericano Hispano/Latino Asiático Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico
 Indio americano o nativo de Alaska Otro Prefiero no responder
 Multirracial/multiétnico (marque todas las opciones que correspondan)
 Blanco Negro/Afroamericano Hispano/Latino Asiático
 Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico Indio americano o nativo de Alaska Otro

¿En qué condado de Ohio vive? _____ Prefiero no responder No vivo en Ohio

¿En qué código postal de Ohio vive? _____ Prefiero no responder No vivo en Ohio

¿Es la primera vez que recibe el kit de naloxona (Narcan)? Sí No
 Si respondió no, ¿qué sucedió con su kit anterior?
 Mi kit fue utilizado para asistir a otra persona que tuvo una sobredosis → ¿Sobrevivió esa persona? Sí No
 Mi kit fue utilizado en mí
 La medicación en mi kit expiró
 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?
 No Sí, tengo Medicaid Sí, tengo otro seguro No sé 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?