

## Especialista en Pruebas para Detectar el Consumo de Alcohol y de otras Drogas (ADSS, por sus siglas en inglés)

### Informe de evaluación y referencia del/de la

OAR 415-054-0490(6) – En un plazo de cinco días a partir de la referencia, el/la ADSS deberá proporcionar una copia de la referencia y del instrumento de evaluación a la persona y al proveedor de servicios de DUII seleccionado.

#### Información del cliente

Nombre:	Fecha de nacimiento:
Calle y número:	Teléfono de su casa:
Dirección postal ( <i>si es distinta</i> ):	Teléfono celular:
Número de licencia de manejo de Oregon ( <i>o número de referencia, número de atención al cliente o número de identificación</i> ):	

#### Información sobre el incidente

Fecha del incidente:	No. de SID:	Tribunal y número de caso:	
Tipo de DUII ( <i>marque todas las opciones que correspondan</i> ):			
<input type="checkbox"/> Alcohol. Concentración de alcohol en la sangre (BAC, por sus siglas en inglés):	<input type="checkbox"/> Aliento	<input type="checkbox"/> Sangre	<input type="checkbox"/> Se rehusó
<input type="checkbox"/> Sustancias controladas. Mencione la(s) sustancia(s):			
<input type="checkbox"/> Inhalante. Mencione el/los inhalante(s):			
Fecha de fallo judicial:	<input type="checkbox"/> Programa de recuperación de DUII. Fecha de finalización del programa de recuperación:		
	<input type="checkbox"/> Condena por DUII		

#### Información de la evaluación

Fecha de la evaluación:	Puntuación de riesgo de TCU:	Número total de DUII ( <i>incluyendo la actual</i> ):
Tipo de evaluación ( <i>seleccione uno</i> ): <input type="checkbox"/> En persona		<input type="checkbox"/> Por teléfono
Para evaluaciones telefónicas, describa brevemente por qué no se realizó la evaluación en persona:		
¿Tiene el cliente arrestos previos relacionados con el alcohol y/u otras drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<i>Si es así, incluya la fecha/ciudad del arresto y disposición:</i>		

¿Tiene el cliente un diagnóstico o tratamiento previo de alcohol y/u otras drogas?

Sí

No

Si es así, incluya el nombre del/de los proveedor(es) del tratamiento y la(s) fecha(s) de asistencia:

**Resumen de la evaluación** – Proporcione cualquier otra información relevante de la evaluación, incluyendo cualquier barrera que le pudiera impedir a la persona completar los servicios. Adjunte páginas adicionales, de ser necesario.

**Recomendación preliminar del nivel de servicio** – Esta recomendación está basada en la información disponible al momento de la evaluación. El Proveedor de Servicios de DUII tomará la determinación final del nivel de servicio con base en su evaluación diagnóstica, conforme la Regla Administrativa de Oregon 309-019-0195(3).

Recomendado(a) para:

Programa Educativo de DUII

Programa de Rehabilitación de DUII

**Referido(a) a:**

Agencia:

Persona de contacto:

Calle y número:

Ciudad, estado, código postal:

Dirección postal:

Ciudad, estado, código postal:

Número de teléfono:

Número de fax:

**Referido(a) por:**

Nombre en letra imprenta del/de la ADSS

Firma del/de la ADSS

Fecha de referencia:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

**Segunda referencia a (si aplica):**

Agencia:

Persona de contacto:

Calle y número:

Ciudad, estado, código postal:

Dirección postal:

Ciudad, estado, código postal:

Número de teléfono:

Número de fax:

**Segunda referencia realizada por:**

Nombre en letra imprenta del/de la ADSS

Firma del/de la ADSS

Fecha de la segunda referencia:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

**Aviso que prohíbe volver a divulgar la información sobre los trastornos de consumo de sustancias:**

Esta información se le ha divulgado a usted a partir de los registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben que vuelva a divulgar la información en este registro que identifique o haya identificado a un/una paciente con un trastorno de consumo de sustancias, ya sea directamente, haciendo referencia a información disponible públicamente o a través de la verificación de dicha identificación por parte de otra persona, a menos que la nueva divulgación esté permitida expresamente mediante un consentimiento por escrito de la persona cuya información se esté divulgando, o según lo permitido por la 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito (consulte §2.31). Las reglas federales limitan cualquier uso de la información para la investigación o el juicio relacionado con un delito de cualquier paciente con un trastorno de consumo de sustancias, excepto según lo indicado en §§2.12(c)(5) y 2.65.