

El Programa de Asistencia y Capacitación para la Consejería en Tiempos de Crisis (CCP, por sus siglas en inglés) debe tener protocolos o procedimientos establecidos sobre cómo un consejero debe actuar si mientras usa esta herramienta observa indicios de reacciones graves. Muchos CCP tienen líderes de equipo u otro personal con una formación en salud mental que utilizan esta herramienta para garantizar una evaluación y remisión correctas. Todo el personal de consejería en tiempos de crisis que use esta herramienta debe tener una capacitación y orientación detallada sobre el uso de la misma y cuándo hacer una remisión a servicios más extensos. Antes de usar esta herramienta, el CCP debería haber identificado al menos una organización o agencia que esté dispuesta a aceptar las remisiones del CCP a servicios más extensos de salud mental o a servicios de intervención en caso de abuso de sustancias.

Por favor use esta herramienta como guía para la entrevista:

- 1) Con los niños que reciben consejería individual en tiempos de crisis en la tercera y quinta visita, o
- 2) Con cualquier niño en cualquier momento si se sospecha que está teniendo reacciones graves a la experiencia traumática o catastrófica.

INFORMACIÓN DE LA VISITA

Nombre del proveedor Proveedor #

Fecha del servicio (dd/mm/año) Condado del servicio

1er empleado # 2do empleado # Código postal del servicio

VISITA NÚMERO Primera visita Segunda visita Tercera visita Cuarta visita Quinta visita o más

DURACIÓN 15 - 29 minutos 30 - 44 minutos 45 - 59 minutos 60 minutos o más

¿Estaba el padre o el cuidador presente durante la visita? Sí No

¿Estaba el líder del equipo o el personal de supervisión presente cuando se usó esta herramienta? Sí No

LEER: En ocasiones encontramos útil hacer a los niños o adolescentes o a sus padres o cuidadores unas pocas preguntas específicas relacionadas con cómo se vieron afectados por el acontecimiento catastrófico y cómo se sienten ahora. ¿Puedo hacerle estas preguntas? Mis primeras preguntas son acerca de varias experiencias que usted ha tenido en el acontecimiento catastrófico.

UBICACIÓN DEL SERVICIO (seleccione solo una opción)

<input type="checkbox"/> Escuela y guardería (todas las edades hasta la universidad)	<input type="checkbox"/> Hogar permanente
<input type="checkbox"/> Centro comunitario (ej., club de recreación)	<input type="checkbox"/> SI ES UN HOGAR PERMANENTE: SELECCIONE ESTA CASILLA SI ALGÚN NIÑO MENOR DE 18 AÑOS VIVE ALLÍ.
<input type="checkbox"/> Sitio del proveedor/agencia de salud mental (agencia involucrada con el CCP)	<input type="checkbox"/> Consejería por teléfono (llamadas salientes a los participantes que duren 15 minutos o más)
<input type="checkbox"/> Lugar de trabajo (lugar de trabajo del sobreviviente del acontecimiento catastrófico o del personal)	<input type="checkbox"/> Marque aquí si es una LÍNEA DIRECTA, LÍNEA DE AYUDA O LÍNEA PARA SITUACIONES DE CRISIS. (llamadas entrantes de los participantes que duren 15 minutos o más)
<input type="checkbox"/> Centro de recuperación de desastres o catástrofes (ej., la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA] y la Cruz Roja Americana)	<input type="checkbox"/> Centro médico (ej. doctor, dentista, hospital, centro de salud mental especializado)
<input type="checkbox"/> Lugar de culto (ej., iglesia, sinagoga, mezquita)	<input type="checkbox"/> Virtual (p. ej., línea de texto, servicio de chat en línea, Zoom)
<input type="checkbox"/> Comercios (ej., restaurante, centro comercial, tienda)	<input type="checkbox"/> Otro (especifique en esta casilla)
<input type="checkbox"/> Lugar o evento público (ej., calle, acera, plaza de la ciudad, feria, festival, evento deportivo)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hogar temporal (incluso hogar de un familiar/amigo, hogares funcionales de grupo, refugios, apartamentos, casas rodantes y otros tipos de vivienda)	
<input type="checkbox"/> SI ES UN HOGAR TEMPORAL: SELECCIONE ESTA CASILLA SI ALGÚN NIÑO MENOR DE 18 AÑOS VIVE ALLÍ.	

CATEGORÍAS DE RIESGO (seleccione todas las opciones que correspondan)

<input type="checkbox"/> Familiares desaparecidos o muertos	<input type="checkbox"/> Amenaza de vida (de la persona o de miembros del hogar)	<input type="checkbox"/> Tuvo que refugiarse en sitio o buscar albergue o refugio debido a una amenaza inmediata de peligro
<input type="checkbox"/> Amigos desaparecidos o muertos	<input type="checkbox"/> Presenció la muerte o lesiones (la persona o algún miembro del hogar)	<input type="checkbox"/> Antecedes de abuso de sustancias o problemas de salud mental
<input type="checkbox"/> Mascotas desaparecidas o muertas	<input type="checkbox"/> Asistió con el rescate/recuperación (la persona o algún miembro del hogar)	<input type="checkbox"/> Discapacidades físicas preexistentes
<input type="checkbox"/> Hogar dañado o destruido	<input type="checkbox"/> Cambio de escuela o formato de aprendizaje (p. ej., virtual)	<input type="checkbox"/> Experiencia traumática anterior
<input type="checkbox"/> Vehículo u otros bienes importantes dañados o destruidos	<input type="checkbox"/> Separación prolongada de la red social/familia, aislamiento físico o distanciamiento social	<input type="checkbox"/> Inseguridad alimentaria causada por algún acontecimiento catastrófico
<input type="checkbox"/> Otras pérdidas financieras	<input type="checkbox"/> Evacuado rápidamente sin tiempo para prepararse	<input type="checkbox"/> Acceso reducido o ningún acceso a información/comunicación confiable
<input type="checkbox"/> Desempleo o subempleo por el acontecimiento catastrófico (uno mismo o un miembro del hogar)	<input type="checkbox"/> Desplazado del hogar por 1 semana o más	<input type="checkbox"/> Acceso reducido o ningún acceso a transporte confiable
<input type="checkbox"/> Enfermedad, lesión o daño físico (a sí mismo o a miembros del hogar)		

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Edad (elija una) Preescolar (0 - 5 años) Niño (6 - 11 años) Adolescente (12 - 17 años) Grado escolar

Si usted tiene una discapacidad u otra necesidad de accesibilidad o funcional, indique el tipo (seleccione todas las opciones que correspondan).

Física (de movilidad, visual, auditiva, médica, etc.) Intelectual/cognitiva (problema de aprendizaje, retraso en el desarrollo, etc.) Vehículo u otros bienes importantes dañados o destruidos

Género Hombre Mujer Transgénero Ninguno de estos

Idioma principal que se usó durante esta visita (seleccione uno) Inglés Español Otro

RAZA/ETNIA (seleccione todas las que correspondan)

Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái o isleño del Pacífico Blanco Hispano/latino

¿Emigró a los Estados Unidos en los últimos 5 años? (Seleccione una respuesta) Sí No

TARJETA DE RESPUESTAS (COPIA DEL CONSEJERO—ENTREGUE LA VERSIÓN MÁS GRANDE AL NIÑO O AL PADRE ANTES DE LA EVALUACIÓN)

Antes de comenzar la evaluación, dele la versión más grande de la tarjeta de respuestas al niño o al padre que contestará sus preguntas. Esta tarjeta ayudará al niño o al padre a entender mejor con qué frecuencia el niño está experimentando ciertas reacciones.

Reflexione sobre sus pensamientos, sentimientos y comportamiento **DURANTE EL ÚLTIMO MES**. Utilice estas *opciones de evaluación frecuentes* para responder con qué frecuencia ha sucedido el problema en el último mes. Para cada pregunta elija UNA de las siguientes respuestas.

0							1							2							3							4											
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S					
									X							X				X						X		X		X		X	X	X	X	X	X	X	
																X										X		X		X			X		X		X		X
												X			X		X			X						X		X	X	X			X		X	X	X		
									X		X			X		X									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

"Para nada" significa nunca en el último mes. "Un poco" significa unas 2 veces por mes. "Algo" significa 1-2 veces por semana durante el último mes. "Bastante" significa 2-3 veces por semana durante el último mes. "Muchísimo" significa casi todos los días.

PREGUNTAS PARA LA EVALUACIÓN

INTRODUCCIÓN: Deseo hablar con usted acerca de sus sentimientos y pensamientos, o los sentimientos o pensamientos del niño, sobre el acontecimiento catastrófico y los problemas que le están causando *ahora*. Reflexione sobre sus pensamientos, sentimientos y comportamiento **DURANTE EL ÚLTIMO MES** (*recuérdelo al niño o al padre esto para cada pregunta*). Utilice las *opciones de evaluación frecuentes de la página anterior* y en la tarjeta de respuestas para ayudar al niño a contestar cuántas veces ha sucedido el problema en el último mes. Para cada pregunta escoja **UNA** de las siguientes respuestas y marque la casilla adecuada para esa pregunta.

0 = para nada 1 = un poco 2 = algo 3 = bastante 4 = muchísimo

PREGUNTAS QUE LEERÁ

RESPUESTAS DEL PARTICIPANTE

1. ¿Te sientes molesto, asustado o triste cuando algo te hace pensar en el acontecimiento catastrófico?	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tienes sueños malos o pesadillas sobre lo que sucedió?	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tienes pensamientos o imágenes tristes sobre lo que sucedió que te vienen a la memoria?	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tratas de no pensar o de no hablar sobre lo que sucedió?	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Te mantienes alejado de los lugares, de la gente o de las cosas que te recuerdan el acontecimiento catastrófico?	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Se te dificulta quedarte dormido o te despiertas con frecuencia debido a lo que sucedió?	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Te sientes inquieto o nervioso?	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Te es difícil concentrarte o prestar atención a las cosas que generalmente haces?	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Te sientes irritable o gruñón?	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Te sientes triste, desanimado o deprimido?	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Has tenido más molestias y dolores, como dolores de estómago o de cabeza?	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Si estás en la escuela, ¿se te hace más difícil hacer las tareas escolares?	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Te preocupa que otra cosa mala te pase a ti, a tu familia o a tus amigos?	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Se te hace más difícil llevarte bien con tu familia o con tus amigos?	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Se te hace más difícil disfrutar de las actividades que antes disfrutabas?	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS PARA LA EVALUACIÓN (continúa)

PREGUNTAS ADICIONALES PARA LOS PADRES (se requieren para padres de niños entre 0-7 años de edad; se recomiendan para padres de todos los niños y adolescentes)

PREGUNTAS QUE LEERÁ

RESPUESTAS DEL PARTICIPANTE

16. ¿Ha estado su niño más apegado a alguien o preocupado por una separación?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
17. ¿Ha estado su niño más reservado y aislado?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
18. ¿Ha estado su niño hablando repetidamente o a menudo haciendo preguntas sobre el acontecimiento catastrófico?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
19. ¿Ha sido el juego de su niño acerca del acontecimiento catastrófico?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
20. ¿Ha notado cambios en el comportamiento o el desarrollo del niño (ej., moja la cama, habla como niño más pequeño, pelea, muestra comportamientos riesgosos o un menor rendimiento escolar)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

CUENTE EL NUMERO TOTAL DE ENTRADAS EN LAS ÚLTIMAS DOS COLUMNAS ANTERIORES QUE TIENEN UN PUNTAJE DE 3 O DE 4. SI EL NUMERO TOTAL ES 4 O MÁS, HABLE SOBRE LA POSIBILIDAD DE REMISIÓN A ALGÚN SERVICIO.

NUMERO TOTAL

PARA LOS NIÑOS MAYORES DE 10 AÑOS O SI USTED ESTÁ PREOCUPADO POR UN NIÑO MENOR, PUEDE PREGUNTAR:

21. En las últimas semanas, ¿has deseado estar muerto? SÍ NO
22. En las últimas semanas, ¿has sentido que tú o tu familia estarían mejor si estuvieras muerto? SÍ NO
23. En la última semana, ¿has tenido pensamientos de matarte? SÍ NO
24. ¿Alguna vez has tratado de matarte? SÍ NO

Si el paciente responde que “SÍ” a cualquiera de las preguntas anteriores, hágale la siguiente pregunta de agudeza:

- ¿Tienes pensamientos de matarte en este momento? SÍ NO

Si responde SÍ a cualquiera de las PREGUNTAS ANTERIORES, refiéralo para una intervención psiquiátrica inmediata. El CCP debe tener protocolos o procedimientos establecidos sobre la manera cómo un consejero de crisis debe responder o reaccionar si la respuesta es “SÍ.”

REMISIÓN (seleccione todas las opciones que mencionaron)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Servicios del programa de consejería en tiempos de crisis (ej. terapia de grupo, remisión al líder del equipo, visita de seguimiento) | <input type="checkbox"/> Servicios comunitarios (ej., FEMA, préstamos, vivienda, empleo, servicios sociales) |
| <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental (ej., consejería profesional a largo plazo o servicios de tratamiento, de comportamiento o psiquiátricos) | <input type="checkbox"/> Recursos para personas con discapacidades u otras necesidades de accesibilidad o funcionales |
| <input type="checkbox"/> Servicios para el abuso de sustancias (ej., profesionales, conductuales, de tratamiento médico o grupos de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos) | <input type="checkbox"/> Otro (especifique en la casilla) <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/> |
- ¿Aceptó el niño la remisión? SÍ NO
- ¿Aceptó el padre o cuidador la remisión? SÍ NO

INSTRUCCIONES: HERRAMIENTA PARA LA EVALUACIÓN Y REMISIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES

Se recomienda usar este formulario con todos los niños o jóvenes que son usuarios intensivos de los servicios. Se considera que es un “usuario intensivo” si está participando en su tercera visita individual de consejería en tiempo de crisis con cualquier consejero del programa o si sigue teniendo una angustia profunda que puede estar afectando su capacidad para realizar las actividades diarias de rutina. Este formulario se debe usar como una guía para entrevistas (1) con niños que reciben consejería en tiempo de crisis individualizada en su tercera y quinta visita o (2) con cualquier niño en cualquier momento si se sospecha que puede estar teniendo reacciones graves a la experiencia traumática.

- PROYECTO #—Número de declaración de desastre de FEMA, ej., DR-XXX-Estado. NOMBRE DEL PROVEEDOR—El nombre del programa o de la agencia.
- PROVEEDOR #—El número único que usa su programa o agencia para otorgar servicios. 1er EMPLEADO #—Su número de empleado.
- 2do EMPLEADO #—Número de empleado del compañero de equipo durante esta visita. FECHA DEL SERVICIO—La fecha de la visita en el formato día/mes/año, ej., 01/01/2012.
- CONDADO DEL SERVICIO—Condado donde se llevó a cabo la visita. CÓDIGO POSTAL DEL SERVICIO—El código postal de la ubicación donde se llevó a cabo la visita.
- VISITA NÚMERO—¿Es la primera, segunda, tercera, cuarta, quinta visita o más de esta persona a su programa? No es necesario que todas las visitas hayan sido con usted. SELECCIONE SOLO UNA OPCIÓN.
- DURACIÓN—¿Cuánto tiempo duró su visita? SELECCIONE SOLO UNA OPCIÓN. Si la visita fue de *menos de 15 minutos*, regístrela en la “Hoja de cómputo semanal”.
- UBICACIÓN DEL SERVICIO—¿Dónde ocurrió la visita? SELECCIONE SOLO UNA OPCIÓN.
- CATEGORÍAS DE RIESGO—Estos son factores que una persona puede haber tenido o puede tener presente en su vida que podrían aumentar su necesidad de recibir servicios. PUEDE HABER MÁS DE UNA CATEGORÍA. SELECCIONE TODAS LAS CATEGORIAS QUE CORRESPONDAN.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA:

EDAD—¿Qué edad dice el niño que tiene o qué edad indicó su padre que tiene? SELECCIONESOLO UNA OPCIÓN.

GRADO ESCOLAR—escriba el número, ej., 4= cuarto grado.

PERSONAS CON DISCAPACIDADES U OTRAS NECESIDADES DE ACCESIBILIDAD O FUNCIONALES—Si el participante o su padre considera que el participante tiene una discapacidad o una necesidad de accesibilidad o funcionalidad, ¿de qué tipo es (física, intelectual o cognitiva, de salud mental o de abuso de sustancias)? SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.

- Física: Incluye trastornos que deterioran la movilidad, la vista y la audición, así como afecciones médicas, tales como diabetes, lupus, Parkinson, SIDA y esclerosis múltiple.
- Intelectual: Incluye problemas de aprendizaje, defectos de nacimiento, trastornos neurológicos, discapacidades de desarrollo o lesiones traumáticas cerebrales (ej., síndrome de Down).
- Salud mental/abuso de sustancias: Incluye trastornos psiquiátricos, tales como trastorno bipolar, depresión, trastorno del estrés postraumático, esquizofrenia y dependencia de sustancias.

GÉNERO—El género que la persona indicó que es. SELECCIONE SOLO UNA OPCIÓN.

IDIOMA PRINCIPAL QUE SE USÓ EN ESTA VISITA O EN OTRAS VISITAS—¿Cuál fue el idioma que realmente usó y en el que habló principalmente con el participante durante la visita? Este puede ser diferente al idioma de preferencia. Si la respuesta es "OTRO" (ni inglés ni español), por favor escriba el idioma que usó la persona (esto puede incluir el lenguaje de señas). SELECCIONE SOLO UNA OPCIÓN.

RAZA/ETNIA—¿Con qué raza se identifica la persona? SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.

EMIGRÓ A LOS ESTADOS UNIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS - Indique si algún participante emigró a los Estados Unidos en los últimos 5 años desde cualquier país y por cualquier motivo. SELECCIONE SOLO UNA RESPUESTA.

REMISIONES—De acuerdo con su conversación con esta persona, quizás usted la haya referido a otros servicios. En la casilla de REMISIÓN, seleccione todos los tipos de servicios a los que remitió al participante.

PREGUNTAS PARA LA EVALUACIÓN—**ENTRÉGUELE LA TARJETA DE RESPUESTAS A LA PERSONA.**

Para cada pregunta, marque la casilla correspondiente según las respuestas de la persona. CUENTE EL NÚMERO DE ENTRADAS EN LAS ÚLTIMAS 2 COLUMNAS QUE TIENEN UNA PUNTUACIÓN DE 3 O 4. SI EL NÚMERO TOTAL ES DE 4 O MÁS, HABLE SOBRE LA POSIBILIDAD DE REMISIÓN A ALGÚN SERVICIO.

Para las preguntas 21-24, indique "sí" o "no" según las respuestas de la persona. SELECCIONE SOLO UNA RESPUESTA.

REMISIÓN ACEPTADA—Esto se refiere a si el niño o el padre aceptaron la información que usted les ofreció, no dieron seguimiento a la remisión. SELECCIONE SOLO UNA OPCIÓN.

Sírvase entregar el formulario completo a la persona designada en su agencia para revisarlo.

¡Gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario correctamente y en su totalidad!

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites Esta información se recopila para ayudar a la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés) con el monitoreo del Programa de Capacitación y Asistencia en Asesoramiento para Casos de Crisis de la FEMA. Se requiere que los asesores de crisis completen este formulario luego de la prestación de servicios de asesoramiento de crisis a los sobrevivientes de catástrofes (44 CFR 206.171 [F] [3]). La información recopilada a través de este formulario se utilizará a nivel agregado para determinar el alcance, la congruencia y la calidad del Programa de Capacitación y Asistencia en Asesoramiento para Casos de Crisis. Según la Ley de Privacidad de 1974, cualquier información de identificación personal obtenida se mantendrá en privado en la medida que lo dicta la ley. Una agencia no puede realizar ni patrocinar y una persona no está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. El número de control de la OMB para este proyecto es 0930-0270. Se calcula que la carga o tiempo que tomará esta recopilación de información es de un promedio de 15 minutos por cada evaluación, lo que incluye el tiempo para revisar las instrucciones, investigar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y llenar y revisar la recopilación de información. Envíe sus comentarios sobre el cálculo del tiempo de esta carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir la carga, a SAMHSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Ln, Room 15E57B, Rockville, MD 20857.