

HOJA DE PRIMER CONTACTO
CONSULTA DIRECTA
DIAT:.....

ID: CD-...

Persona/s que completan la HPC:

.....
.....

1. Fecha de alta					
DATOS PERSONALES					
2.Nombre/s			3.Apellido/s		
4.Fecha de nacimiento	Día	Mes		Año	
5.Género (Subrayar con amarillo la respuesta)	Femenino	Masculino	Trans	Otros	
6.¿Tiene documento de identidad? (Subrayar con amarillo la respuesta)					
Si	Lo tiene		No, nunca tuvo		
	Lo extravió				
	En trámite				
7.Tipo de documento (Subrayar con amarillo la respuesta)					
DNI –Documento Nacional de Identidad-		LE –Libreta de Enrolamiento-		LC –Libreta Cívica-	
CI –Cédula de Identidad-		Identificación Extranjera		Pasaporte	
8.Número de documento					
9. Estado Civil (Subrayar con amarillo la respuesta)					
Soltero/a			Casado/a-Concubinato		
Divorciado/a-Separado/a			Viudo/a		
10.País de nacimiento	Argentina		Otro. ¿Cuál?		
11.Provincia de nacimiento					
12. Situacion habitacional:					
Vivienda digna			Situación de calle		
Hacinamiento			Vivienda precaria		
Hogar			Parador (si está en situación de calle)		
Hospital de noche			Hospital gral.		
Unidad Penal			Centro de contención		
Otro ¿Cuál?.....					
En caso de residir en una institucion, especificar nombre y contacto					
.....					
.....					
Observaciones de situacion habitacional (desarrollar la situación habitacional):					

13. Dirección de residencia										
Calle				Intersección						
N°		Piso		Depto		Lote		Manzana		
Barrio				Localidad						
Departamento/Partido				Municipio						
14. Provincia de residencia										
15. País de residencia										
16. Teléfono fijo				Carac. Local		Número				
17. Teléfono celular		Carac. Local			Número					
PRIMER CONTACTO										
18. Fecha de primer contacto			Día			Mes		Año		
19. Hora de primer contacto (Subrayar con amarillo la respuesta)					07:01 a 14:00			14:01 a 18:00		
18.01 a 22:00			22:01 a 00:00			00:01 a 07.00				
20. Presentación en el dispositivo (Subrayar con amarillo la respuesta)					Solo		Acompañado			
21. Modo de acceso al dispositivo (Subrayar con amarillo la respuesta)										
Conocía el dispositivo por su presencia en el barrio					Se lo recomendó un referente afectivo					
Lo orientó otra institución				Lo orientó otro dispositivo SEDRONAR						
Oficio Judicial				Otro ¿Cuál?						
22. Si lo derivó una institución Sector al que pertenece la institución que lo orientó (Subrayar con amarillo la respuesta)										
Pública		Privada		ONG		Otro ¿Cuál?				
23. Si lo derivó una institución. Tipo de institución que lo orientó (Subrayar con amarillo la respuesta)										
Comunidad terapéutica			Comunidad educativa			Hospital/Centro de Salud				
Municipalidad		Iglesia/Parroquia/Organización Religiosa				Otro ¿Cuál?				
24. Si lo derivó una institución. Nombre de la institución que lo orientó					Contacto:.....					
25. Si lo derivó una institución de SEDRONAR. Detalle del dispositivo SEDRONAR que lo orientó (Subrayar con amarillo la respuesta)										
Línea 141		Chat 141		Otro DIAT (ex CET/CePLA)			CEDECOR central			
CEDECOR Local		CEDECOR descentralizado		CAAC			Prestadora			
Tratamiento Comunitario										

26. Motivo de consulta actual (Subrayar con amarillo la/s respuesta/s)				
Apoyo económico		Orientación legal		Orientación en salud
Orientación laboral		Orientación educativa		Orientación para servicio social
Orientación a la niñez		Orientación en problemas comunitarios		Orientación para internación
Realizar tratamiento en el DIAT por consumo de sustancias		Realizar actividades promocionales en el DIAT		Otro ¿Cuál?
Observaciones (desarrollar motivo de consulta):				
.....				
.....				
.....				
RELACIONES Y CONVIVENCIA				
27. Referentes afectivos				
Nombre	Teléfono / Dirección	Vinculo con el consultante	Asiste al dispositivo?	DNI (solo si asiste al dispositivo)
28. Estructura familiar				
Nombre	Teléfono / Dirección	Vinculo con el consultante	Asiste al dispositivo?	DNI (solo si asiste al dispositivo)
29. ¿Tiene hijos? (Subrayar con amarillo la respuesta)		Sí		No
30. Cantidad de hijos	Menores de 2 años		De 3 a 5 años	

De 6 a 10 años		De 11 a 15 años		Mayores de 16 años	
31. Personas con las que convive (Subrayar con amarillo la respuesta)			Cantidad:		
Solo/a	Padre	Madre	Hermanos/as		
Abuelo/as	Hijo/as		Pareja del padre		
Pareja de la madre	Pareja		Familiares de su pareja		
Otros familiares	Amigos/as		Hogar		
Otros ¿Cuál/es?.....					
SITUACION EDUCATIVA Y LABORAL					
32. ¿Sabe leer y escribir? (Subrayar con amarillo la respuesta)			Sí	No	
33. Asistencia al colegio (Subrayar con amarillo la respuesta)					
Asistió alguna vez	Nunca asistió		Asiste actualmente		
34. Máximo nivel educativo cursado (Subrayar con amarillo la respuesta)					
Primario/EPB/EGB1/EGB2	Secundario/EES/ESB/EGB3/Polimodal		Terciario		
Universitario	Posgrado		Educación Especial		
No sabe	Otros:.....				
35. ¿Completó ese nivel? (Subrayar con amarillo la respuesta)			Sí	No	En Curso
36. ¿Asiste a alguna otra institución de educación no formal o espacio recreativo? (Subrayar con amarillo la respuesta)					
Sí ¿Cuál?			No		
37. Situación Laboral					
Con Empleo	Sin Empleo		Ama de casa		
38. Modalidad de trabajo	Registrado		No Registrado		
39. Antecedentes laborales si NO TRABAJA (Subrayar con amarillo la respuesta)			Nunca trabajó		Alguna vez trabajó
40. Si no trabaja , indique (Subrayar con amarillo la respuesta)			Busca trabajo		No busca trabajo
41. Es beneficiario de (Subrayar con amarillo la respuesta)					
Asignación Universal por hijo			Asignación por embarazo para protección social		
Pensión por discapacidad/invalidez			Pensión a adultos mayores		
Pensión por madre de 7 o más hijos			Pensión por fallecimiento del trabajador		
Retiro por invalidez			Jubilación		
Seguro de desempleo			Subsidio habitacional		
Programa PROGRESAR			Seguro de capacitación y empleo		
Asignación provincial ¿Cuál?			Asignación municipal ¿Cuál?		
Otros ¿cuál?					

CONDICIONES AL PRIMER CONTACTO				
42. Cobertura de salud (Subrayar con amarillo la respuesta)				
Obra Social (incluido PAMI)	Prepaga/Mutual			
Cobertura pública exclusiva	Incluir Salud (ex Pro.Fe)			
Otro ¿Cuál?	Sin cobertura			
DISCAPACIDAD				
43. Discapacidad ¿Presenta?		Sí	No	
44. Si presenta discapacidad, ¿Cuál/es?				
Auditiva	Visual	Motriz	Mental	
Del Habla	No presenta dificultad permanente	Otro ¿Cuál?.....		
45. ¿Tiene CUD? (Subrayar con amarillo la respuesta)		Sí	No	
			En trámite	
46. ¿Está realizando tratamiento para el diagnóstico que consta en el CUD? (Subrayar con amarillo la respuesta)				
Sí			No	
¿Qué tipo de tratamiento?				
OBSERVACIONES de discapacidad (desarrollar situación de discapacidad)				
.....				
.....				
.....				
.....				
SALUD				
47. ¿Está embarazada?				
Sí		No		
Semanas de gestación:		Cantidad de embarazos previos:		
48. ¿Realiza controles?				
Sí		No		
49. ¿Tiene algún problema de salud? (Subrayar con amarillo la respuesta, en caso de no saber dejarlo en blanco)				
No tiene problemas de salud				
Problemática	¿Realiza Controles de salud?		¿Toma medicación?	
Consumo problemático de sustancias (incluido alcohol)	SI	NO	SI	NO
Padecimiento mental	SI	NO	SI	NO
Situación de salud grave ¿Cuál?.....	SI	NO	SI	NO
HIV	SI	NO	SI	NO
HPV	SI	NO	SI	NO
Sífilis	SI	NO	SI	NO

Hepatitis	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Escabiosis/ Sarna	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Otras enfermedades de Transmision Sexual	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Otra:.....			SI	NO	SI	NO

Observaciones de situaciones de salud (*desarrollas situaciones de salud*):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VIOLENCIA

50.¿Presenta situaciones de violencia? (Subrayar con amarillo la respuesta)

Sí	No
----	----

51.Tipo y modalidad de violencia (Subrayar con amarillo la respuesta)

Tipo			Modalidad		
Física	Ejerce	Es víctima	Doméstica/ Familiar	Ejerce	Es víctima
Psicológica	Ejerce	Es víctima	Institucional	Ejerce	Es víctima
Sexual	Ejerce	Es víctima	Laboral	Ejerce	Es víctima
Económica y patrimonial	Ejerce	Es víctima	Comunitaria	Ejerce	Es víctima
Simbólica	Ejerce	Es víctima	Género	Ejerce	Es víctima
Explotación Sexual	Ejerce	Es víctima	Trata	Ejerce	Es víctima
Explotación Laboral	Ejerce	Es víctima			

OBSERVACIONES de situaciones de violencia (*desarrollar situaciones de violencia, aclarando que tipo corresponde a qué modalidad*)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONFLICTO/S LEGALE/S

52. ¿Presenta algún conflicto legal? (Subrayar con amarillo la respuesta)

Penal	Civil	Familiar	Laboral	De Género	Ninguno
-------	-------	----------	---------	-----------	---------

Medidas excepcionales ¿Cuál?.....

OBSERVACIONES de conflicto/s legal/es (desarrollar situación legal, aclarando si se tiene el dato de los organismos judiciales intervinientes y el contacto)

.....

.....

.....

.....

ACCESIBILIDAD

53. ¿Tiene algún problema de accesibilidad? (Subrayar con amarillo la respuesta)

A documentación	A programas sociales	A la salud
-----------------	----------------------	------------

A la educación	Ninguno	Otros ¿Cuál?
----------------	---------	--------------

OBSERVACIONES de accesibilidad (desarrollar situación de accesibilidad)

.....

.....

.....

.....

CONSUMO

Sustancia/Fármaco	Frecuencia				
	Alguna vez en la vida	Menos de 1 vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi
Ninguna					
Tabaco					
Alcohol					
Marihuana					
Clorhidrato de cocaína					
Alucinógenos como LSD, NBOME, etc					
Alucinógenos vegetales como Hongos, San Pedro, Ayahuasca, etc.					
Éxtasis (MDMA)					
Pasta Base - Paco					
Crack / piedra					
Alita de mosca					
GHB					
Ketamina					
Inhalables como pegamentos, pinturas, lacas, desodorantes, gasolina, bencina, tolueno o cosas similares					

Lanzaperfume o popper (nitritos) tales como Rush, Jolt, Locker Room, Leather Man, etc.					
Combinación de alcohol y pastillas					
Otro ¿Cuál/es?					
54. Consume farmacos? Detallar el acceso a los mismos (Subrayar con amarillo la respuesta y detallar especialidad)					
	Por tratamiento		Con receta		Especialidad del médico prescriptor
Tranquilizantes*	Sí	No	Sí	No	
<i>Frecuencia (subrayar con amarillo la respuesta)</i>	Alguna vez en la vida	Menos de 1 vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi
Antidepresivos*	Sí	No	Sí	No	
<i>Frecuencia (subrayar con amarillo la respuesta)</i>	Alguna vez en la vida	Menos de 1 vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi
Morfina/opioides*	Sí	No	Sí	No	
<i>Frecuencia (subrayar con amarillo la respuesta)</i>	Alguna vez en la vida	Menos de 1 vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi
OBSERVACIONES de consumo (desarrollar la situación de consumo de la persona, tanto de sustancias legales / ilegales y de psicofármacos)					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
TRATAMIENTOS PREVIOS					
Sí			No		
56. Sector de la institución					
Publico		Privado		ONG	
57.¿Dónde realizó el tratamiento previo por consumo de sustancias? (Subrayar con amarillo la respuesta)					
Comunidad terapéutica		CAAC		DIAT (ex CET/CePLA)	
Hospital/Centro de salud		Prestadora		Otro ¿Cuál?	
58.Nombre de la institución dónde realizó el tratamiento previo por consumo de sustancias					

RESPUESTA				
69. Primera respuesta del DIAT (Subrayar con amarillo la respuesta)				
Se brinda información específica	Articulación con otro actor ¿Cuál?			
Acompañamiento en la articulación	Comienzo del proceso de primera escucha			
Se convoca a participar en una actividad/taller del DIAT	Otro ¿Cuál?			
60. En caso de haber ARTICULADO : Sector al que pertenece la institución (Subrayar con amarillo la respuesta)				
Pública: - Nacional - Provincial - Municipal	Privada	ONG	Otro ¿Cuál?	
61. En caso de haber ARTICULADO : Área a la que pertenece la institución (Subrayar con amarillo la respuesta)				
Salud General	Salud Mental	Consumo Problemático		
Trabajo	Educación	Desarrollo Social		
Justicia	Niñez	Género		
Deporte	Cultura	Religión		
Institución SEDRONAR ¿Cuál?	Otro ¿Cuál?			
62. Datos de la Institución				
Nombre y contacto de la institución:				
63. Actividades de las que participará en el dispositivo				
Actividad	Dimensión	Días	Horarios	Tallerista a cargo
64. OBSERVACIONES PRIMERA RESPUESTA (desarrollar la primera respuesta dada por el dispositivo=				
.....				

65.Segundo encuentro (Subrayar con amarillo la/s respuesta/s)		
Acudió al lugar	Siguió en contacto con el equipo	Interrumpió contacto
Continúa proceso de primera escucha	Otro ¿Cuál?	
66. OBSERVACIONES SEGUNDO ENCUENTRO (desarrollar que pasó después del primer encuentro y como continuará el proceso)		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
OBSERVACIONES GENERALES		
67. OBSERVACIONES generales		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		