

Herramienta para la evaluación y remisión de niños y jóvenes

El Programa de Capacitación y Asistencia para la Consejería en Tiempos de Crisis (CCP, por sus siglas en inglés) debe tener protocolos o procedimientos establecidos sobre cómo debe responder un consejero en tiempos de crisis si se indican reacciones graves al utilizar esta herramienta. Muchos CCP tienen líderes de equipo u otro personal con experiencia en salud mental para administrar esta herramienta y garantizar una evaluación y remisión adecuadas. Todo el personal de asesoramiento en tiempos de crisis que utilice esta herramienta debe tener capacitación y orientación detallada sobre el uso de la herramienta y cuándo realizar una remisión para servicios más extensos. Antes de utilizar esta herramienta, el CCP debería haber identificado al menos una organización o agencia que esté dispuesta a aceptar derivaciones del CCP para servicios de intervención más extensos en materia de salud mental o consumo de sustancias.

Utilice esta herramienta como guía para entrevistas en cualquier momento en que el consejero en tiempos de crisis considere que el niño o joven muestra angustia o que se beneficiaría de una remisión a otros servicios. Se recomienda que los formularios se administren durante los encuentros en los que se indican más de cuatro reacciones a eventos o ciertas categorías de riesgo relacionadas con el trauma (es decir, familiar, amigo o mascota desaparecido o muerto, la vida estuvo amenazada, ayudó con el rescate, discapacidad física preexistente, lesiones o daño físico, fue testigo de muerte o lesión, consumo de sustancias en el pasado o problema de salud mental, trauma pasado).

Por lo general, los niños o jóvenes de 7 años o más pueden responder las preguntas de evaluación por sí mismos, aunque los cuidadores pueden apoyar las respuestas del niño o joven.

INFORMACIÓN DE LA VISITA

Nombre del proveedor Proveedor #

Fecha del servicio (mm/dd/aaaa) 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

¿Quién fue el encuestado principal para esta herramienta? Niño o joven Cuidador Ambos

UBICACIÓN DEL SERVICIO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Escuela y guardería (todas las edades hasta la universidad) | <input type="checkbox"/> Hogar temporal (incluso hogar de un familiar/amigo, hogares grupales, refugios, apartamentos, casas rodantes y otros tipos de vivienda) |
| <input type="checkbox"/> Centro comunitario (ej., club de recreación) | <input type="checkbox"/> SI ES UN HOGAR TEMPORAL: 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"/> Hogar permanente |
| <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo (lugar de trabajo del sobreviviente del acontecimiento catastrófico o del personal) | <input type="checkbox"/> SI ES UN HOGAR PERMANENTE: SELECCIONE ESTA CASILLA SI ALGÚN NIÑO MENOR DE 18 AÑOS VIVE ALLÍ. |
| <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"/> Consejería por teléfono (llamadas salientes a los participantes que duren 15 minutos o más) |
| <input type="checkbox"/> Lugar de culto (ej., iglesia, sinagoga, mezquita) | <input type="checkbox"/> Línea de ayuda, línea de asistencia o línea de crisis. (llamadas entrantes de los participantes que duren 15 minutos o más) |
| <input type="checkbox"/> Comercios (ej., restaurante, centro comercial, tienda) | <input type="checkbox"/> Centro médico (ej., doctor, dentista, hospital, centro de salud mental especializado) |
| <input type="checkbox"/> Lugar o evento público (ej., calle, acera, plaza de la ciudad, feria, festival, evento deportivo) | <input type="checkbox"/> Virtual (p. ej., línea de texto, servicio de chat en línea, Zoom) |
| | <input type="checkbox"/> Otro (especifique en esta casilla) |

LEER: En ocasiones, nos resulta útil hacer a los niños, jóvenes o a sus cuidadores algunas preguntas específicas sobre cómo el acontecimiento catastrófico afectó al niño o joven y cómo se sienten ahora. ¿Puedo hacerle estas preguntas? Mis preguntas tratan sobre diversas experiencias que usted puede haber tenido debido al acontecimiento catastrófico.

CATEGORÍAS DE RIESGO (seleccione todas las opciones que correspondan)

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

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

PREGUNTAS A LEER

¿Cuál es su edad? (seleccione solo una opción) Preescolar (0 - 5 años) Niño (6 - 11 años) Adolescente (12 - 17 años)

Grado escolar

¿Tiene alguna discapacidad u otra necesidad de acceso o funcional? En caso afirmativo, indique el tipo. (seleccione todas las que correspondan)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Física (de movilidad, visual, auditiva, médica, etc.) | <input type="checkbox"/> Intelectual/cognitiva (problemas de aprendizaje, retraso en el desarrollo, etc.) | <input type="checkbox"/> Salud mental/uso de sustancias (problema psiquiátrico, trastorno por uso de sustancias, etc.) |
|--|---|--|

¿Cuál es su sexo? (seleccione solo una) Hombre Mujer

¿Cuál es el idioma principal hablado durante este encuentro? (seleccione solo una)

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Otro (especifique en la casilla) <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/> |
|---------------------------------|----------------------------------|--|

¿Cuál es su raza o etnia? (seleccione todas las que correspondan)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Hispano/latino |
| <input type="checkbox"/> Oriente Medio o Norte de África | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Blanco | |

OPCIONES DE RESPUESTA

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																																																																																																																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><th>D</th><th>L</th><th>M</th><th>M</th><th>J</th><th>V</th><th>S</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	D	L	M	M	J	V	S																													<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><th>D</th><th>L</th><th>M</th><th>M</th><th>J</th><th>V</th><th>S</th></tr> <tr><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	D	L	M	M	J	V	S			X																	X									<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><th>D</th><th>L</th><th>M</th><th>M</th><th>J</th><th>V</th><th>S</th></tr> <tr><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>X</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	D	L	M	M	J	V	S			X			X												X						X	X				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><th>D</th><th>L</th><th>M</th><th>M</th><th>J</th><th>V</th><th>S</th></tr> <tr><td></td><td>X</td><td></td><td>X</td><td></td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>X</td><td></td><td>X</td><td></td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>X</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	D	L	M	M	J	V	S		X		X		X										X		X		X		X		X					<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><th>D</th><th>L</th><th>M</th><th>M</th><th>J</th><th>V</th><th>S</th></tr> <tr><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td>X</td></tr> <tr><td></td><td>X</td><td></td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr> </table>	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
D	L	M	M	J	V	S																																																																																																																																																																													
D	L	M	M	J	V	S																																																																																																																																																																													
		X																																																																																																																																																																																	
					X																																																																																																																																																																														
D	L	M	M	J	V	S																																																																																																																																																																													
		X			X																																																																																																																																																																														
			X																																																																																																																																																																																
		X	X																																																																																																																																																																																
D	L	M	M	J	V	S																																																																																																																																																																													
	X		X		X																																																																																																																																																																														
	X		X		X																																																																																																																																																																														
X		X																																																																																																																																																																																	
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																																																																																																																																																																													

“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 DE EVALUACIÓN

NOTA: Antes de la administración de la Herramienta de Evaluación y Derivación para Niños/Jóvenes, asegúrese de que se haya obtenido el consentimiento de un cuidador para la participación del niño o joven. Los niños mayores de 7 años pueden responder en su propio nombre (con consentimiento parental). Para niños de 0 a 7 años, se recomienda que se entreviste a un cuidador con el niño presente. Cuando existan preocupaciones sobre la capacidad de un niño mayor de 7 años para comprender y responder con precisión las preguntas, es aconsejable que el cuidador ayude a responderlas. Los adolescentes pueden no querer ser entrevistados en presencia de sus padres. Si un cuidador está presente, pregunte al adolescente si desea ser entrevistado a solas. Consulte a su gerente de programa o el documento de Orientación y Administración de Evaluación del CCP para obtener más detalles.

INTRODUCCIÓN: Quiero hablar con usted sobre sus emociones y pensamientos (o los de su hijo) relacionados con el acontecimiento catastrófico y sobre cuánto están causando problemas actualmente. Piense en sus pensamientos, emociones y comportamiento DURANTE EL ÚLTIMO MES (recuérdelo esto al niño/padre para cada pregunta). Utilice las opciones de frecuencia de la página anterior y de la tarjeta de respuestas para ayudar al niño a indicar con qué frecuencia ha ocurrido el problema en el último mes. Para cada pregunta, elija una de las siguientes respuestas y marque la casilla correspondiente.

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

PREGUNTAS QUE LEERÁ

RESPUESTAS DEL PARTICIPANTE

1. ¿Tiene pensamientos, imágenes o sonidos angustiantes sobre lo que ocurrió que le vienen a la mente cuando no los quiere tener?	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Trata de no pensar ni tener sentimientos sobre lo que ocurrió?	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se siente solo incluso cuando está rodeado de otras personas?	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene dificultad para dormir, se despierta con frecuencia o tiene problemas para volver a dormirse?	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le resulta más difícil concentrarse o prestar atención a las cosas que normalmente?	0	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 3 O MÁS, HABLE SOBRE LA POSIBILIDAD DE REMISIÓN A ALGÚN SERVICIO.

NUMERO TOTAL

REMISIÓN (seleccione todas las opciones que comunicaron)

- Servicios del programa de consejería en tiempos de crisis (ej., terapia de grupo, remisión al líder del equipo, visita de seguimiento)
- Servicios de salud mental (ej., consejería profesional a largo plazo o servicios de tratamiento, de comportamiento o psiquiátricos)
- Servicios para el abuso de sustancias (ej., profesionales, conductuales, de tratamiento médico o grupos de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos)
- Programas financiados por FEMA (ver source)
- Servicios comunitarios (ej., préstamos, vivienda, empleo, servicios sociales)
- Recursos para personas con discapacidades u otras necesidades de accesibilidad o funcionales
- Otro (especifique en la casilla)

¿Aceptó el niño o joven la remisión? Sí No

¿Aceptó el padre o cuidador la remisión? Sí No

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

Cuándo utilizar este formulario:

Se recomienda que este formulario se utilice con todos los niños o jóvenes en cualquier momento en que el consejero en tiempos de crisis considere que el niño o joven muestra signos de angustia o que podría beneficiarse de una remisión a otros servicios. Asimismo, se recomienda que los formularios se administren durante encuentros en los que se indiquen más de cuatro reacciones a eventos o determinadas categorías de riesgo relacionadas con el trauma (por ejemplo: familiar, amigo o mascota desaparecido(a) o fallecido(a); la vida estuvo amenazada; asistencia en labores de rescate; discapacidad física preexistente; lesiones o daño físico; haber sido testigo de una muerte o lesión; antecedentes de consumo de sustancias o problemas de salud mental; trauma previo).

PROYECTO #—Número de declaración de acontecimiento catastrófico de FEMA, ej., Estado, territorio o tribu-XXXX.

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 emitido por ODCES.

2do EMPLEADO #—Número de empleado emitido por ODCES para su compañero durante esta visita.

FECHA DEL SERVICIO—La fecha de la visita en el formato mm/dd/aaaa, 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, registre la 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? SELECCIONE SOLO 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.

SEXO—El sexo 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

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 3 O MÁS, HABLE SOBRE LA POSIBILIDAD DE REMISIÓN A ALGÚN SERVICIO.

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.

¡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 5 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.