

# Evaluación de las necesidades de salud

Por favor, responda a todas las preguntas. Utilice un formulario diferente para cada adulto.



Primer nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ N.º de identificación (ID) de miembro \_\_\_\_\_

Dirección postal preferida \_\_\_\_\_

Número de teléfono preferido \_\_\_\_\_ Correo electrónico preferido \_\_\_\_\_

## Raza

- Asiática
- Persona de raza blanca
- No se sabe
- Se niega a contestar
- Indoamericana/Nativa de Alaska
- Persona de raza negra o afroamericana
- Nativa de Hawái o isleña del Pacífico
- Otro \_\_\_\_\_

## Etnicidad

- Hispana o latina
- Ni hispana ni latina
- No se sabe
- Se niega a contestar
- Otro \_\_\_\_\_

## Idioma de preferencia:

- Inglés
- Español
- Otro \_\_\_\_\_

## ¿Cuál es su identidad de género?

- Mujer
- Hombre
- No binario (No se identifica con ninguno de los dos)
- Transgénero
- No se sabe
- Se niega a contestar

¿Está embarazada?  Sí  No  Se niega a contestar  No se sabe

## ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

- Sin escolarización
- Formación comercial/técnica/profesional
- Título de doctor o equivalente
- De primaria a 8.º grado
- Algunos estudios de educación secundaria, sin diploma
- Grado de asociado
- Se niega a contestar
- Graduado de la educación secundaria, diploma o equivalente (GED, etc.)
- Licenciatura
- No se sabe
- Estudios universitarios incompletos, sin título
- Título de máster

## ¿Le cuesta entender lo que le dice su médico sobre su salud?

- Sí
- No
- Se niega a contestar

En caso afirmativo, explíquelo: \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda?  Sí  No  Se niega a contestar

## ¿Necesita información sobre un testamento vital o un poder notarial para la atención de salud?

- Sí
- No
- Se niega a contestar

En caso afirmativo, explíquelo: \_\_\_\_\_

## ¿Necesita ayuda para redactar un testamento vital o un poder notarial para la atención de salud?

- Sí
- No
- Se niega a contestar

En caso afirmativo, explíquelo: \_\_\_\_\_

**En general, ¿cómo calificaría su salud?:**

- Excelente    Muy buena    Buena    Regular    Mala    No se sabe    Se niega a contestar

Si es mala, explíquelo: \_\_\_\_\_

**¿Tiene alguna inquietud acerca de su salud o bienestar general?**

- Sí    No    Se niega a contestar

En caso afirmativo, explíquelo: \_\_\_\_\_

**¿Necesita ayuda con su salud y bienestar general?**

- Sí    No    Se niega a contestar

En caso afirmativo, explíquelo: \_\_\_\_\_

**¿Qué hace para cuidar su salud y bienestar?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Cuáles considera que son sus fortalezas?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Tiene alguna inquietud con respecto a la audición y el habla?**

- Sí    No    Se niega a contestar

En caso afirmativo, explíquelo: \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda con su audición o el habla?    Sí    No    Rechaza la ayuda

En caso afirmativo, explíquelo: \_\_\_\_\_

**¿Tiene un médico o un proveedor de atención de salud?**

- Sí   ¿Cuál es el nombre de su proveedor? \_\_\_\_\_

- No   ¿Desea ayuda para encontrar un proveedor?    Sí    No    Se niega a contestar

**¿Ve a un médico especialista?**

- Sí   ¿Cuál es el nombre de su médico especialista? \_\_\_\_\_

- No    No se sabe    Se niega a contestar

**¿Ve a un proveedor de salud mental?**

- Sí   ¿Cuál es el nombre de su proveedor? \_\_\_\_\_

- No    No se sabe    Se niega a contestar

**¿Utiliza un centro de atención de urgencia o un hospital para su atención habitual?**

- Sí   ¿Cómo se llaman los centros? \_\_\_\_\_

- No    No se sabe    Se niega a contestar

**¿Ha ido a la sala de emergencias en el último año?**

Sí  No  Se niega a contestar

En caso afirmativo, ¿cuántas veces?  Una  Dos  Tres  Más de tres

¿Cuáles fueron los motivos de su visita a emergencias? \_\_\_\_\_

**¿Ha pasado alguna noche en el hospital en el último año?**

Sí  No  Se niega a contestar

En caso afirmativo, ¿cuántas veces?  Una  Dos  Tres  Más de tres

¿Cuáles fueron los motivos de su hospitalización? \_\_\_\_\_

**¿Cuántos medicamentos toma actualmente que le haya recetado su médico o de venta libre?**

Ninguno  1 a 3 medicamentos recetados  4 a 7 medicamentos recetados

8 o más medicamentos recetados  No se sabe  Se niega a contestar

**¿Hay algo que le impida tomar los medicamentos como quiere su médico o proveedor de atención de salud?**

Sí  No  Se niega a contestar

En caso afirmativo, explique lo que le impide tomar sus medicamentos: \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez se olvida de tomar sus medicamentos?**

Sí  No  Algunas veces  No se sabe  Se niega a contestar

**¿Necesita ayuda con sus medicamentos?**

Sí  No  Se niega a contestar

En caso afirmativo, explíquelo: \_\_\_\_\_

**¿Cuándo fue la última vez que fue al dentista?**

En los últimos 6 meses  En los últimos 12 meses  Más de 12 meses

Nunca  No se sabe  Se niega a contestar

¿Necesita ayuda con la atención dental?  Sí  No  Se niega a contestar

¿Cuál es su estatura? \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas **¿Cuál es su peso?** \_\_\_\_\_ libras

¿Cuál fue su última o más reciente medida de la presión arterial? \_\_\_\_\_

**¿Participa regularmente en actividades físicas?**

Sí  No  No puedo hacer ejercicio debido a condiciones médicas  No se sabe  Se niega a contestar

¿Necesita ayuda con la actividad física?  Sí  No  Se niega a contestar

**INQUIETUDES SOCIALES**

**Describa su situación en materia de vivienda.**

Tengo mi propia casa  Vivo con la familia  Alquiler  Temporal  Hogar colectivo  Persona sin hogar/refugio

¿Necesita ayuda con la vivienda?  Sí  No  Rechaza la ayuda

En caso afirmativo, explíquelo: \_\_\_\_\_

**¿Se siente siempre a salvo en su casa y con todas las personas que le rodean?**

Sí       No       Se niega a contestar

En caso negativo, explíquelo: \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda con su seguridad personal?       Sí       No       Rechaza la ayuda

**¿Suele tener suficiente comida en su hogar?**       Sí       No       Se niega a contestar

En caso negativo, ¿qué problemas tiene relacionados con la alimentación? \_\_\_\_\_

**¿Le preocupan los siguientes determinantes sociales de la salud?**

- Empleo       Sí       No       Se niega a contestar       Rechaza la ayuda  
 No, pero me interesa un trabajo voluntario o remunerado       Me interesa un trabajo voluntario o remunerado  
¿Le interesa recibir información/recursos de formación o preparación para incorporarse al mercado laboral?       Sí       No
- Transporte       Sí       No       Se niega a contestar       Rechaza la ayuda
- Problemas jurídicos       Sí       No       Se niega a contestar       Rechaza la ayuda
- Gestión del dinero       Sí       No       Se niega a contestar       Rechaza la ayuda
- Servicios públicos       Sí       No       Se niega a contestar       Rechaza la ayuda
- Cuidado de niños       Sí       No       Se niega a contestar       Rechaza la ayuda
- Compras       Sí       No       Se niega a contestar       Rechaza la ayuda
- Recibir asistencia nocturna       Sí       No       Se niega a contestar       Rechaza la ayuda
- Teléfono       Sí       No       Se niega a contestar       Rechaza la ayuda
- Atención médica/medicamentos/  
suministros médicos       Sí       No       Se niega a contestar       Rechaza la ayuda
- Servicios de la visión       Sí       No       Se niega a contestar       Rechaza la ayuda
- Beneficios públicos       Sí       No       Se niega a contestar       Rechaza la ayuda
- Pago de deudas o préstamos       Sí       No       Se niega a contestar       Rechaza la ayuda

Si ha respondido afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, ¿qué le preocupa?

---

---

---

**¿Tiene alguna inquietud con las actividades de la vida diaria (ADL)?**       Sí       No       Se niega a contestar

**¿Necesita ayuda con las ADL, como preparar comidas, realizar tareas domésticas o hacer las compras?**       Sí       No       Rechaza la ayuda

**¿Tiene un cuidador principal que le ayude regularmente?**       Sí       No       Se niega a contestar

En caso negativo, ¿necesita un cuidador?       Sí       No       Rechaza la ayuda

En caso afirmativo, ¿satisface adecuadamente sus necesidades de atención de salud?       Sí       No       Se niega a contestar

¿Quién es su cuidador?       Agencia       Familia       Amigo/a       Otro       Se niega a contestar

Nombre del cuidador de la agencia \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del cuidador familiar \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del amigo cuidador \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del otro cuidador \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

## SALUD FÍSICA

### ¿Alguno de los siguientes puntos se aplica a usted?

- Problemas pulmonares     Enfermedad cardíaca     Derrame cerebral     Diabetes     Cáncer
- Dolor de espalda y trastornos musculoesqueléticos     Sobrepeso/obesidad     Uso o abuso de sustancias
- VIH     Discapacidad de aprendizaje     Enfermedad de células falciformes
- Depresión     Trastorno bipolar     Esquizofrenia     Ansiedad

¿Necesita ayuda con alguna de las condiciones médicas anteriores?     Sí     No     Rechaza la ayuda

En caso afirmativo, explíquelo: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna otra condición que no figure en la lista anterior? \_\_\_\_\_

### ¿Ha experimentado recientemente o experimenta actualmente alguna de las siguientes situaciones?

- Falta de aire     Dolor en el pecho     Presión arterial alta     Pérdida o aumento rápido de peso
- Desmayos     Pensamientos sobre dañarse

### Si experimenta alguno de los síntomas anteriores, ¿son nuevos o están empeorando?

- Sí     No     Se niega a contestar

En caso afirmativo, ¿lo sabe su médico/proveedor?     Sí     No     Se niega a contestar

En caso negativo, ¿necesita ayuda para ponerse en contacto con su médico/proveedor?

- Sí     No     Rechaza la ayuda

## SALUD DEL COMPORTAMIENTO

### Durante el último mes, ¿ha sentido tristeza, depresión o desesperanza con frecuencia?

- Sí     No     Se niega a contestar     Rechaza la ayuda

### Durante el último mes, ¿ha sentido desinterés o falta de placer por hacer cosas?

- Sí     No     Se niega a contestar     Rechaza la ayuda

### En promedio, ¿cuántas bebidas alcohólicas toma semanalmente?

- Ninguna     1 a 5     5 o más     Se niega a contestar

Si es 1 o más, ¿tiene interés en reducir el consumo o dejar de fumar?     Sí     No     Rechaza la ayuda

### ¿Utiliza indebidamente algún medicamento o sustancia sin receta?

- Sí     No     Se niega a contestar

En caso afirmativo, ¿tiene interés en dejarlo?     Sí     No     Rechaza la ayuda

**¿Fuma o consume tabaco de mascar?**

Sí

No

Se niega a contestar

En caso afirmativo, ¿tiene interés en reducir su consumo o dejarlo?

Sí

No

Rechaza la ayuda

*Asegúrese de haber respondido a todas las preguntas. Gracias por su tiempo.*