

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asiática | <input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Persona de raza blanca | <input type="checkbox"/> Persona de raza negra o afroamericana |
| <input type="checkbox"/> No se sabe | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Se niega a contestar | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Etnicidad

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Hispana o latina |
| <input type="checkbox"/> Ni hispana ni latina |
| <input type="checkbox"/> No se sabe |
| <input type="checkbox"/> Se niega a contestar |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Idioma de preferencia:

- | |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés |
| <input type="checkbox"/> Español |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Cuál es su identidad de género?

- | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> No binario (No se identifica con ninguno de los dos) | <input type="checkbox"/> Transgénero | <input type="checkbox"/> No se sabe | <input type="checkbox"/> 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?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sin escolarización | <input type="checkbox"/> De primaria a 8.º grado | <input type="checkbox"/> Algunos estudios de educación secundaria, sin diploma |
| <input type="checkbox"/> Estudios secundarios completos, diploma o equivalente (GED, etc.) | <input type="checkbox"/> Estudios universitarios incompletos, sin título | |
| <input type="checkbox"/> Formación comercial/técnica/profesional | <input type="checkbox"/> Grado de asociado | <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Título de máster |
| <input type="checkbox"/> Título de doctor o equivalente | <input type="checkbox"/> Se niega a contestar | <input type="checkbox"/> No se sabe |

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

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí. | <input type="checkbox"/> No. | <input type="checkbox"/> 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?

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí. | <input type="checkbox"/> No. | <input type="checkbox"/> Se niega a contestar |
|------------------------------|------------------------------|---|

En caso afirmativo, explíquelo: _____

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

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí. | <input type="checkbox"/> No. | <input type="checkbox"/> 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 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?

- Ninguna 1 a 3 medicamentos 4 a 7 medicamentos 8 o más medicamentos No se sabe Se niega a contestar
recetados recetados recetados 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

¿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 Personas 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
- Atención 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?

¿Le preocupan las actividades de la vida diaria (AVD)? Sí. No. Se niega a contestar

¿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 Enfermedad mental Uso o abuso de sustancias

¿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 anteriores. Gracias por su tiempo.