

Cuestionario de finalización del Programa de Administración Mejorada de la Atención

Se recomienda a los principales administradores del Programa de Administración Mejorada de la Atención (por sus siglas en inglés, ECM) que utilicen este cuestionario con el afiliado para ayudar a determinar si está preparado para la finalización de este programa, la transición desde la ECM a un nivel inferior de administración de la atención o la continuación de los servicios.

Nombre del afiliado _____ Apellido del afiliado _____

Fecha de nacimiento del afiliado _____ N.º de identificación de cliente del afiliado _____ Fecha _____

Salud física

- 1) Seleccione la casilla que indique la capacidad del afiliado para llevar a cabo las siguientes tareas sin ayuda:

Sí	No	N/A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Programar citas.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Llevar un registro de las citas en el calendario.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistir a las citas o llamar para reprogramar/cancelar con anticipación.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saber adónde llamar para obtener servicios de interpretación y traducción si es necesario.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saber cómo llamar al médico de atención primaria o a la Línea de Consultas de Enfermería.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilizar la atención de urgencia y el Departamento de Emergencias de manera adecuada.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saber cómo acceder a las citas de telesalud.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buscar recursos comunitarios.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Llamar a Servicios al Afiliado para hacer preguntas o solicitar servicios (cambiar de proveedor, solicitar servicios de administración de la atención).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Llamar a ModivCare para programar el traslado a las citas, a la farmacia y a los puntos de entrega de alimentos.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entender la Declaración de Derechos de los Afiliados.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilizar el Manual de Evidencia de Cobertura del Afiliado.

- 2) a. ¿Entiendo por qué tomo cada uno de mis medicamentos?
 Sí No Otra opción: _____
- b. ¿Los tomo como me indicó el médico?
 Sí No Otra opción: _____

- 3) a. ¿Sé cuándo tengo que asistir a una consulta con mi proveedor de atención médica?
 Sí No Otra opción: _____
- b. ¿Siento que puedo hablar en confianza con el proveedor de atención sobre lo que me molesta y hacer preguntas?
 Sí No Otra opción: _____

- 4) ¿Puedo seguir las recomendaciones de mi equipo de atención (p. ej., alimentarme bien o hacer ejercicio)?
 Sí No Otra opción: _____

- 5) ¿Siento que puedo controlar mi estrés?
 Sí No Otra opción: _____

- 6) ¿Sé cómo cuidar mi salud y pedir ayuda cuando la necesito?
 Sí No Otra opción: _____

Salud mental y emocional

- 7) Puedo hacer las siguientes tareas sin ayuda (marque todas las que correspondan):
- Comprender mi diagnóstico y tratamiento de salud mental.
 - Saber dónde y cuándo buscar atención, y tomar decisiones informadas sobre la atención.
 - Identificar las señales de alerta relacionadas con el diagnóstico de salud emocional y mental.
 - Identificar lo que me molesta y responder de manera sana.
 - Entender por qué tomo mis medicamentos y saber cómo tomarlos.
 - Identificar a una o más personas con las que pueda hablar (p. ej., persona o grupo de apoyo).
 - Buscar ayuda cuando la necesito.

Vivienda

- 8) a. ¿Tengo una vivienda segura y estable?
 Sí No Otra opción: _____
- b. ¿Sé cómo buscar ayuda cuando la necesito?
 Sí No Otra opción: _____
- 9) ¿Conozco mis derechos en cuanto a mi situación actual de vivienda?
 Sí No Otra opción: _____
- 10) ¿Estoy al tanto de cómo pueden afectar mis acciones mi situación de vivienda (p. ej., pagar tarde el alquiler, acumular objetos, fumar)?
 Sí No Otra opción: _____
- 11) ¿Entiendo por qué tengo que mantener una buena relación con el propietario?
 Sí No Otra opción: _____

Vida cotidiana

- 12) a. ¿Puedo hacer ciertas tareas, como cocinar, limpiar o hacer compras, sin ayuda?
 Sí No A veces: _____
- b. ¿Puedo pedir ayuda cuando la necesito?
 Sí No A veces: _____
- 13) ¿Puedo realizar las actividades de la vida diaria, como bañarme, vestirme, ir al baño, trasladarme, controlar esfínteres y alimentarme?
 Sí No Otra opción: _____
- 14) ¿Tengo todos los suministros y los equipos que necesito para vivir sin ayuda?
 Sí No Otra opción: _____
- 15) ¿Puedo conseguir alimentos, transporte y buscar ayuda cuando la necesito?
 Sí No Otra opción: _____
- 16) ¿Tengo mi partida de nacimiento, mi tarjeta de Seguro Social, mi licencia de conducir y otros registros para acreditar mi identidad?
 Sí No Otra opción: _____
- 17) ¿Sé cómo llevar un control de mi dinero y cómo y en qué lo gasto (p. ej., alquiler, facturas, comestibles)?
El dinero comprende todas las fuentes de ingresos, como CalFresh, etc.
 Sí No Otra opción: _____

Recomendación (la debe completar el administrador principal de la atención)

A partir de la información de la evaluación anterior, responda las siguientes preguntas. **Si la respuesta a todas las preguntas es "sí", se debe trasladar al afiliado a un nivel de atención inferior o interrumpir el programa.**

Sí No N/A

- ¿Demuestra capacidad para administrar su atención sin ayuda?
Si la respuesta es "no", ¿cuál es el plazo previsto para alcanzar el objetivo?: ____ meses
- ¿Cumple todos los objetivos del plan de atención vigente?
Si la respuesta es "no", ¿cuál es el plazo previsto para alcanzar el objetivo?: ____ meses
- ¿Asume de forma activa la responsabilidad por su propia salud y sigue sus planes de administración de medicamentos y tratamiento?
Si la respuesta es "no", ¿cuál es el plazo previsto para alcanzar el objetivo?: ____ meses
- ¿Puede reducir el uso del Departamento de Emergencias o de las hospitalizaciones en un período de 12 meses?
Si la respuesta es "no", ¿cuál es el plazo previsto para alcanzar el objetivo?: ____ meses
- ¿Accede a los servicios de atención primaria o de salud del comportamiento cuando los necesita?
Si la respuesta es "no", ¿cuál es el plazo previsto para alcanzar el objetivo?: ____ meses
- ¿Dispone de una vivienda segura y estable, y conoce los servicios comunitarios de apoyo?
Si la respuesta es "no", ¿cuál es el plazo previsto para alcanzar el objetivo?: ____ meses
- ¿Cuenta con un sistema de apoyo o conoce los recursos y cómo utilizarlos de forma correcta?
Si la respuesta es "no", ¿cuál es el plazo previsto para alcanzar el objetivo?: ____ meses
- ¿Realiza las actividades cotidianas o puede pedir ayuda para hacerlas (p. ej., bañarse, ir al baño, alimentarse, cocinar y limpiar)?
Si la respuesta es "no", ¿cuál es el plazo previsto para alcanzar el objetivo?: ____ meses

18) **[OBLIGATORIO]** Señale los programas o servicios con los que el afiliado se vinculó durante la ECM.
¿El afiliado aún recibe servicios de estos programas en la actualidad?

19) **[OBLIGATORIO]** Especifique cualquier necesidad actual de servicios de administración de la atención relacionados con una necesidad o inquietud en particular.

A partir de la información anterior, marque una de las siguientes casillas:

- El afiliado está en condiciones de pasar a un nivel de atención inferior. Indique qué programa podría ser conveniente para ayudar al afiliado con los servicios una vez que finalicen los servicios de ECM.

- El afiliado necesita una nueva autorización por 6 meses para continuar con los servicios de ECM. (Incluya este formulario en su solicitud de autorización de servicios por 6 meses).