

Información General

Nombre del Afiliado

Apellido del Afiliado *Fecha de Nacimiento (MMDDAAAA)

*Identificación de Medi-Cal

Fecha en que se responden estas preguntas (MMDDAAAA)

Número de Teléfono Preferido del Afiliado

Dirección de Correo Electrónico del Afiliado


Salud General

En términos generales, ¿cómo calificaría su salud?

Excelente
 Muy Buena
 Buena
 Regular
 Mala
 Se desconoce

¿Tiene un médico o proveedor de cuidado de la salud? Si No Se desconoce

¿Consultó a su médico o proveedor de cuidado de la salud en los últimos 12 meses? Si No Se desconoce

¿Habitualmente tiene algún problema con el transporte para ir a sus citas médicas? Si No Se desconoce

¿Cuántas veces estuvo en el hospital en los últimos 3 meses?

Ninguna
 Una vez
 Dos veces
 Tres veces o más
 Se desconoce

¿Cuántas veces estuvo en el Departamento de Emergencias el año pasado?

Ninguna
 Una vez
 Dos veces
 Tres veces o más
 Se desconoce

¿Cuántos medicamentos recetados por su médico o proveedor de cuidado de la salud está tomando actualmente?

0
 1-3
 4-7
 8-14
 Cantidad superior o igual a 15
 Se desconoce

¿Cuál es su estatura? (ingrese la respuesta en pies/pulgadas)

Pies 2 3 4 5 6 7 Se desconoce

Pulgadas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 Se desconoce

¿Cuál es su peso? (ingrese la respuesta en libras)

¿Recibió una vacuna contra la gripe en los últimos 12 meses? Si No Se desconoce

¿Tiene problemas con los dientes o la boca que hacen que le resulte difícil comer? Si No Se desconoce

¿Comer al menos 2 comidas por día? Si No Se desconoce

¿Come frutas y verduras todos los días? Si No Se desconoce

¿Participa en alguna actividad física (como caminar, hacer ejercicios aeróbicos en el agua, jugar bolos, etc.) durante la semana? Si No No puedo hacer ejercicio debido a las afecciones médicas Se desconoce

¿Usa siempre el cinturón de seguridad cuando conduce o viaja en automóvil? Si No N/A Se desconoce

Nombre del Afiliado

Apellido del Afiliado

*Fecha de Nacimiento
(MMDDAAAA)

*Identificación de Medi-Cal



Salud Física

¿Un médico o proveedor de cuidado de la salud le han dicho alguna vez que usted padece alguna de estas afecciones? (Marque todo lo que corresponda)

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal Crónica | <input type="checkbox"/> EPOC/ Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2 | <input type="checkbox"/> Prediabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | |
| <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Anemia Drepanocítica (no el rasgo) | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Trasplante | |

¿Padece alguna otra afección no enumerada más arriba? Si No

¿Está usted embarazada? Si No N/A

Salud del Comportamiento

En general, ¿en qué medida está satisfecho con su vida?

- Muy Satisfecho Satisfecho Insatisfecho Muy Insatisfecho Se desconoce

En las últimas dos semanas, ¿le molestó alguno de los siguientes problemas?

Sentirse Solo

- En ningún momento Varios Días Más de la mitad de los días Casi todos los días Se desconoce

Poco interés en hacer las cosas o poco placer al hacerlas

- En ningún momento Varios Días Más de la mitad de los días Casi todos los días Se desconoce

Sentirse decaído, deprimido o desahuciado

- En ningún momento Varios Días Más de la mitad de los días Casi todos los días Se desconoce

Durante el último mes (30 días), ¿cuántos días se sintió solo?

- Ninguno - Nunca me siento solo Menos de 5 días Más de la mitad de los días (más de 15) La Mayoría de los Días - Siempre me siento solo

¿Considera que el estrés en su vida le está afectando la salud? Si No Se desconoce

¿Cuáles son sus planes para manejar el estrés? No necesito hacer cambios No tengo planeado hacer cambios

- Comencé a hacer cambios Tengo planeado hacer cambios el mes próximo Tengo planeado hacer cambios en los próximos 6 meses Se desconoce

Durante el último año, ¿con qué frecuencia tomó 5 bebidas alcohólicas o más en un día?

- Nunca Una o Dos Veces Mensualmente Semanalmente Todos los días o casi todos los días Se desconoce

Durante el último año, ¿con qué frecuencia consumió productos de tabaco?

- Nunca Una o Dos Veces Mensualmente Semanalmente Todos los días o casi todos los días Se desconoce

¿Le han diagnosticado un trastorno de salud del comportamiento como ansiedad, depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia?

- Si No Se desconoce

Nombre del Afiliado

Apellido del Afiliado

*Fecha de Nacimiento
(MMDDAAAA)

*Identificación de Medi-Cal

Salud del Comportamiento (continuación)

En los últimos 90 días, ¿le recetaron medicamentos antipsicóticos? Sí No Se desconoce

Actividades Cotidianas y Vida Independiente

Durante el último mes, ¿tuvo algún dolor que haya interferido en la realización de las tareas del hogar o su capacidad para trabajar fuera del hogar? Sí No Se desconoce

¿Tiene algún cuidador que le ayuda de manera regular? Sí No Se desconoce

¿Utiliza algún dispositivo de asistencia? Sí No Se desconoce

¿Usó oxígeno en los últimos 90 días? Sí No Se desconoce

¿Recibe algún servicio de cuidado de la salud en el hogar? Sí No Se desconoce

¿Necesita ayuda con alguna de estas actividades? (Marque Sí o No en cada actividad)

Tomar un baño o una ducha	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Subir las Escaleras	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Comer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Vestirse	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cepillarse los dientes, peinarse, afeitarse	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Preparar comidas o cocinar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Levantarse de la cama o la silla	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hacer las compras y conseguir alimentos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Usar el baño	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Caminar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Lavar los platos o la ropa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Emitir cheques o llevar un registro del dinero	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Trasladarse para ir al médico o a ver a sus amigos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hacer las tareas del hogar o trabajar en el jardín	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Salir a visitar a familiares o amigos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Usar el Teléfono	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Llevar un registro de las citas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿recibe toda la ayuda que necesita con estas actividades?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**En los últimos dos meses, ¿residió en una vivienda estable, ya sea de su propiedad, de alquiler o en la cual permanece como parte de un hogar? Sí No Se desconoce

**Reimpreso con el permiso del titular de los derechos de autor, la American Public Health Association (Asociación Americana de Salud Pública). Montgomery AE, Fargo JD, Byrne TH, Kave V, Culhane DP. Universal screening for homelessness and risk for homelessness in the Veterans Health Administration (Investigación universal sobre personas sin hogar y el riesgo de quedarse sin hogar en la Administración de Salud de Veteranos). American Journal of Public Health (Revista Americana de Salud Pública) 2013; 103 (S2): S201-S211. Permiso obtenido.

Nombre del Afiliado

Apellido del Afiliado

*Fecha de Nacimiento
(MMDDAAAA)

*Identificación de Medi-Cal

Actividades Cotidianas y Vida Independiente (continuación)

¿Puede vivir de manera segura y moverse fácilmente en su hogar? Si No

Si la respuesta es no, ¿el lugar donde usted vive cuenta con los siguientes elementos?

Buena iluminación Si No

Buena calefacción Si No

Buena refrigeración Si No

Barandas en las escaleras o rampas Si No

Agua Caliente Si No

Baño en el Interior Si No

Puerta de exterior con cerradura Si No

Escaleras para entrar a su hogar o escaleras dentro de su hogar Si No

Ascensor Si No

Espacio para usar una silla de ruedas Si No

Caminos despejados para salir de su hogar Si No

Quisiera preguntarle cómo le parece que está manejando sus afecciones de salud

¿Necesita ayuda para tomar sus medicamentos? Si No

¿Necesita ayuda para completar los formularios de salud? Si No

¿Necesita ayuda para responder las preguntas durante una consulta al médico? Si No

¿Tiene familiares u otras personas que están dispuestos y pueden ayudarle cuando lo necesita? Si No

¿Piensa que su cuidador tiene dificultades para brindarle toda la ayuda que usted necesita? Si No

¿Le teme a alguien o hay alguien que le está haciendo daño? Si No

¿Ha tenido algún cambio en la manera de pensar, recordar cosas o tomar decisiones? Si No

¿Sufrió alguna caída en el último mes? Si No

¿Teme a las caídas? Si No

¿A veces se queda sin dinero para pagar los alimentos, el alquiler, las facturas y los medicamentos? ¿A veces se queda sin dinero para pagar los alimentos, el alquiler, las facturas y los medicamentos? Si No

¿Alguien está usando su dinero sin su permiso? Si No

¿Quisiera trabajar con un enfermero o trabajador social para elaborar un plan relativo a su cuidado de la salud? Si No

¿Quisiera hablar con un enfermero o trabajador social y su médico sobre un plan que satisfaga sus necesidades de cuidado de la salud? Si No

