Evaluación Integral de la Administración Mejorada de la Atención

Información básica

Esta evaluación se diseñó como una herramienta para que usted, el/la administrador/a de atención principal, evalúe las necesidades de salud del/de la afiliado/a y lo/a ayude a participar en el beneficio de Administración Mejorada de la Atención (por sus siglas en inglés, ECM). En el día de hoy y durante las primeras tres visitas, usted y el/la afiliado/a completarán juntos/as esta evaluación, y a partir de ella desarrollarán objetivos y pasos siguientes que respalden el bienestar y la salud general del/de la afiliado/a.

Indique si utilizó alguno de los siguientes instrumentos, completó evaluaciones o herramientas recientemente para complementar esta evaluación.

El administrador de atención principal debe incluir hallazgos de todas las evaluaciones disponibles. Las evaluaciones no reemplazan esta evaluación integral, pero deben complementar el desarrollo del plan de atención.

☐ ACE o PEARLS Si no se completó la sección de experiencias adversas en la niñez (por sus siglas en inglés, ACE): consultar al proveedor de atención primaria o trabajador social para la evaluación.	☐ Sí. Fecha de realización: _____ ☐ No ☐ N/A
☐ Herramienta de Evaluación de Necesidades[1]	☐ Sí. Fecha de realización: _____ ☐ No ☐ N/A
☐ Evaluación del Programa de Servicios Perinatales Integrales (por sus siglas en inglés, CPSP)	☐ Sí. Fecha de realización: _____ ☐ No ☐ N/A
☐ Evaluación de riesgo de salud (con intervención del sistema de justicia)	☐ Sí. Fecha de realización: _____ ☐ No ☐ N/A
☐ Nuevo ingreso al plan de atención (con intervención del sistema de justicia)	☐ Sí. Fecha de realización: _____ ☐ No ☐ N/A
☐ Otro/s (indique la fecha de realización):	

[1] La Herramienta de Evaluación de Necesidades la utiliza el Departamento de Salud Mental.

Sección 1. Datos demográficos

1. Fecha de hoy:	**2. Nombre del paciente:**	
3. Fecha de nacimiento:	**4. Identificación de Medi-Cal:**	**5. Fecha en que elige participar de la ECM:** _____ ☐ Verbal ☐ Por escrito ☐ N/A; derechos adquiridos a través del Programa de Casas de Salud/Programa de Atención Integral a la Persona
6. Población objetivo (según se identifica en el formulario de remisión/autorización): ☐ Actualmente sin hogar ☐ Familias sin hogar ☐ En riesgo de visitas evitables al hospital o la sala de emergencias ☐ Con necesidades graves de salud mental/trastorno por abuso de sustancias ☐ En transición desde la prisión ☐ Vive en una comunidad con riesgo de institucionalización para atención a largo plazo ☐ Residentes de centros de enfermería en transición a la comunidad ☐ Equidad en el nacimiento		
7. ¿Hay algún otro familiar inscrito en la ECM? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A ☐ Se niega a responder **8. Si la respuesta es "Sí", indique el nombre, la relación con el/la afiliado/a y el proveedor de ECM del familiar:**		
9. Nombre o pronombre que prefiere:	**10. Identificación de género:**	
11. Idioma escrito u oral preferido:	**12. Necesita un intérprete:** ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es **Sí**, indique el idioma:	
13. Nacionalidad/tribu/origen étnico (Marque todas las opciones que correspondan): ☐ Indígena americano/nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Hispano o latino ☐ Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro:		

Community Health Plan of Imperial Valley ("CHPIV") es la Autoridad de Salud Local (por sus siglas en inglés, LHA) en el condado de Imperial, que brinda servicios a las personas inscritas en Medi Cal en el condado de Imperial. CHPIV tiene contrato con Health Net Community Solutions, Inc. para coordinar los servicios de atención de salud a los afiliados de CHPIV. *Health Net Community Solutions, Inc. es una subsidiaria de Health Net, LLC y Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todas las demás marcas comerciales/marcas de servicio identificadas continúan siendo propiedad de sus respectivas compañías. Todos los derechos reservados.

Sección 1. Datos demográficos (continuación)

14. Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado
☐ Pareja doméstica ☐ Viudo
☐ Otro: _____
☐ Se niega a responder

15. ¿Es veterano/recibió la baja de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?
☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder

16. Teléfono fijo:

17. Teléfono celular:

18. Dirección de correo electrónico:

19. ¿Adónde quiere recibir correspondencia?
(incluya la dirección física y el tipo de ubicación, por ejemplo, hogar, casa de un amigo, oficina del Departamento de Servicios Sociales Públicos, etc.)

20. ¿Acepta el contacto en persona? ☐ Sí ☐ No
(Recordatorio: La forma de contacto preferida para la ECM es en persona).
Si la respuesta es **No**, ¿qué método de contacto prefiere?
☐ Teléfono ☐ Correo electrónico ☐ Mensaje de texto

21. Ubicación de contacto que prefiere (¿Se siente cómodo/a con las reuniones en su hogar? ¿Por lo general, dónde le gustaría reunirse?):

22. ¿Hay alguna persona o ubicación a quien podamos contactar si necesitamos comunicarnos con usted?
(Indique la relación con la persona y la información de contacto o la dirección de la ubicación y la descripción; por ejemplo, refugio).

Sección 2. Cultura

1. **¿Tiene alguna creencia cultural, religiosa o espiritual que sea importante para la salud y el bienestar de su familia?**
   ☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder
   Si la respuesta es **sí**, describa:

Sección 3. Salud física

1. **En general, ¿cómo describiría su salud?:** ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Mala ☐ Se niega a responder
   ¿Podría darme más información sobre el motivo por el que eligió esta calificación:

2. **Comparada con un (1) año atrás, ¿cómo es su salud?:** ☐ Mucho mejor ☐ Algo mejor ☐ Más o menos igual
   ☐ Algo peor ☐ Mucho peor ahora que hace un (1) año ☐ Se niega a responder
   Comentarios sobre el motivo por el que eligió esa calificación:

3. **¿Cuántas veces visitó la sala de emergencias en los últimos 6 meses?**
   ☐ Nunca ☐ 1 vez ☐ 2 veces ☐ 3 veces o más ☐ No lo recuerda/No está seguro/a ☐ Se niega a responder
   Comentarios:

4. **¿Cuántas veces acudió como paciente al hospital en los últimos 6 meses?**
   ☐ Ninguna ☐ 1 vez ☐ 2 veces ☐ 3 veces o más ☐ No lo recuerda/No está seguro/a ☐ Se niega a responder
   Comentarios:

5. **En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces estuvo en un hogar de reposo o en un centro de atención de rehabilitación o recuperación?**
   ☐ Nunca ☐ 1 vez ☐ 2 veces o más ☐ Se niega a responder
   Comentarios (especifique el entorno):

6. **¿Conoce quiénes son sus proveedores de atención de salud asignados habitualmente?** ☐ Sí ☐ No
   Nombre de los proveedores o clínicas y números de teléfono:

   Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo fue la última vez que consultó a su médico habitual? ☐ Hace menos de 3 meses
   ☐ Hace menos de 6 meses ☐ Entre 6 y 12 meses ☐ Hace más de 1 año ☐ No está seguro/a

Sección 3. Salud física (continuación)

7. ¿Tiene un proveedor para la salud de la mujer? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Nombre del proveedor o clínica y número de teléfono:

8. ¿Fue a una consulta dental en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro/a ☐ Se niega a responder
Nombre del dentista y número de teléfono:

9. ¿Tiene algún problema para comer (por ejemplo, para masticar o tragar o falta de apetito)?
Comentarios:

10. ¿Un médico o proveedor de salud le diagnosticó alguna afección médica? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es **sí**, incluya la/s fecha/s estimada/s del/de los diagnóstico/s:_____

Si la respuesta es **sí,** marque todas las opciones que correspondan:

- ☐ Artritis o dolor crónico
- ☐ Asma (dificultad para respirar)
- ☐ Inflamación de los tobillos o las piernas
- ☐ Alzheimer, demencia o pérdida de la memoria
- ☐ Cáncer
- ☐ EPOC, enfisema o bronquitis (problemas respiratorios)
- ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva
- ☐ Problemas circulatorios
- ☐ Diabetes de tipo 1
- ☐ Diabetes de tipo 2
- ☐ Prediabetes
- ☐ Problemas cardíacos (ataque cardíaco, dolor en el pecho)
- ☐ VIH/sida
- ☐ Hepatitis (problemas de hígado)
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Hipertensión (presión arterial alta)
- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Enfermedad de Parkinson
- ☐ Discapacidad física, paraplejia, cuadriplejia o amputación
- ☐ Fracturas recientes
- ☐ Convulsiones
- ☐ Enfermedad de células falciformes
- ☐ Trasplante: _____
- ☐ Antecedentes de tuberculosis
- ☐ Problemas urinarios
- ☐ Otras afecciones no enumeradas arriba (incluidas heridas que requieren atención):

11. ¿Tiene problemas de la vista? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es **sí**, describa:

12. Si tiene diabetes, ¿se realizó un examen de la vista para personas con diabetes el último año?
☐ Sí ☐ No ☐ N/A

13. ¿Tiene problemas de audición? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es **sí**, describa:

Atención preventiva

14. ¿Le administraron alguna de las siguientes vacunas?

Contra la COVID-19:	☐ Sí (fecha, si la conoce): _____	☐ No	☐ No está seguro/a
Contra la gripe:	☐ Sí (fecha, si la conoce): _____	☐ No	☐ No está seguro/a
Contra el tétanos:	☐ Sí (fecha, si la conoce): _____	☐ No	☐ No está seguro/a
Contra la neumonía:	☐ Sí (fecha, si la conoce): _____	☐ No	☐ No está seguro/a
Contra el herpes zóster:	☐ Sí (fecha, si la conoce): _____	☐ No	☐ No está seguro/a

Otras (indique las fechas, si las conoce):

15. ¿Tiene preguntas o necesita ayuda para recibir las vacunas? ☐Sí ☐ No

16. ¿Se realizó los siguientes exámenes de detección o pruebas?

- ☐ Colonoscopia (en los últimos 5 años)
- ☐ Mamografía (en los últimos 2 años)
- ☐ Examen de Papanicolaou (en los últimos 3 a 5 años)
- ☐ Examen de densidad ósea
- ☐ Control del azúcar en sangre (HbA1C, en los últimos 12 meses)
- ☐ Prueba de función renal/fecha: _____
- ☐ Examen de los ojos/fecha: _____

Sección 4. Medicamentos

1. **Podría indicarme qué medicamentos** (incluidos anticonceptivos, medicamentos de venta libre, vitaminas, etc.) **toma en la actualidad.** *Si necesita más espacio, utilice el reverso de esta evaluación o los espacios en blanco disponibles. Además, si conoce los nombres y las dosis de los medicamentos, intente incluir la información general que pueda (por ejemplo, medicamentos para la diabetes o para la presión arterial alta).*

Nombre del medicamento	Frecuencia (cada cuánto)	Forma de administración (vía)	Dosis

Adjunte una lista de los medicamentos adicionales.

2. **¿Tiene alguna dificultad para obtener o surtir los medicamentos?** ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es **sí**, indique cuál:

3. **A veces las personas se olvidan de tomar los medicamentos. Piense en la última semana, ¿hubo algún día en que no tomó los medicamentos como se los recetaron?** ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es **sí**, describa qué le impidió hacerlo:

4. **¿Necesita ayuda para tomar los medicamentos?** ☐ Sí ☐ No ☐ N/A ☐ Se niega a responder

Sección 5. Actividades de la vida cotidiana

1. **¿Necesita ayuda con alguna de estas actividades?**

Bañarse o ducharse ☐ Sí ☐ No Comentarios:	Subir las escaleras ☐ Sí ☐ No Comentarios:
Comer ☐ Sí ☐ No Comentarios:	Vestirse ☐ Sí ☐ No Comentarios:
Cepillarse los dientes, peinarse, afeitarse ☐ Sí ☐ No Comentarios:	Preparar comidas o cocinar ☐ Sí ☐ No Comentarios:
Levantarse de la cama o la silla ☐ Sí ☐ No Comentarios:	Hacer las compras y obtener alimentos ☐ Sí ☐ No Comentarios:
Ir al baño ☐ Sí ☐ No Comentarios:	Caminar ☐ Sí ☐ No Comentarios:
Lavar los platos o lavar la ropa ☐ Sí ☐ No Comentarios:	Emitir cheques o llevar el control del dinero ☐ Sí ☐ No Comentarios:
Trasladarse al consultorio del médico o visitar amigos ☐ Sí ☐ No Comentarios:_____	Realizar las tareas del hogar o de jardinería ☐ Sí ☐ No Comentarios:
Visitar a familiares o amigos ☐ Sí ☐ No Comentarios:	Usar el teléfono ☐ Sí ☐ No Comentarios:
Llevar el control de las citas ☐ Sí ☐ No Comentarios:	

2. **Si la respuesta es "Sí" para cualquiera de las actividades anteriores, ¿recibe toda la ayuda que necesita para ellas?**
   ☐ Sí ☐ No
   Comentarios:

3. **¿Se cayó en el último mes?** ☐ Sí ☐ No
4. **¿Tiene miedo de caerse?** ☐ Sí ☐ No
   Comentarios:

5. **¿Sus amigos o familiares se preocupan por su capacidad para cuidar de usted mismo/a?** ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es "sí", *consulte con el asesor clínico y el supervisor.*
   Comentarios:

Sección 5. Actividades de la vida cotidiana (continuación)

6. ¿Utiliza o necesita alguno de los siguientes elementos? (Marque todas las opciones que correspondan).

☐ Anteojos ☐ Usa ☐ Necesita	☐ Bastón ☐ Usa ☐ Necesita	☐ Andador ☐ Usa ☐ Necesita	☐ Dispositivo de audición ☐ Usa ☐ Necesita
☐ Teléfono de texto o TTY *(soporte visual)* ☐ Usa ☐ Necesita	☐ Muletas ☐ Usa ☐ Necesita	☐ Barras de apoyo ☐ Usa ☐ Necesita	☐ Asiento de inodoro elevado ☐ Usa ☐ Necesita
☐ Sonda de alimentación ☐ Usa ☐ Necesita	☐ Silla de ruedas ☐ Usa ☐ Necesita	☐ Suplementos alimenticios ☐ Usa ☐ Necesita	☐ Cama hospitalaria ☐ Usa ☐ Necesita
☐ Oxígeno ☐ Usa ☐ Necesita	☐ Suministros para ostomía ☐ Usa ☐ Necesita	☐ Dispositivo de presión positiva continua en la vía aérea o de presión positiva de dos niveles en la vía aérea ☐ Usa ☐ Necesita	☐ Suministros para la diabetes ☐ Usa ☐ Necesita
☐ Letra grande ☐ Usa ☐ Necesita	☐ Aparador ☐ Usa ☐ Necesita	☐ Catéter urinario ☐ Usa ☐ Necesita	☐ Infusiones intravenosas de medicamentos ☐ Usa ☐ Necesita
☐ Suministros para incontinencia ☐ Usa ☐ Necesita	☐ Suministros para traqueotomía/aspiración ☐ Usa ☐ Necesita	☐ Dispositivo de elevación *(para trasladarse)* ☐ Usa ☐ Necesita	☐ Otro: ☐ Usa ☐ Necesita

Comentarios:

Sección 6. Control del dolor

1. ¿Tiene algún dolor? ☐ Sí (responda debajo) ☐ No ☐ Se niega a responder

2. En la última semana, ¿en qué medida el dolor interfirió con sus actividades regulares (incluidos los trabajos fuera y dentro del hogar)?
☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderado ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Se niega a responder

Sección 7. Embarazo y posparto

☐ **N/A para la sección 7. Embarazo y posparto *(por ejemplo, no en edad reproductiva, etc.)*** *(pase a la sección 8)*

1. ¿Está embarazada en este momento?
☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder
Comentarios:

2. ¿Dio a luz en los últimos 12 meses? *Incluye parto natural vivo, parto de un feto muerto, aborto espontáneo (por sus siglas en inglés, SAB) o aborto inducido por motivos médicos (por sus siglas en inglés, TAB).*
☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder
Comentarios:

3. ¿Planea quedar embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ No está segura ☐ Se niega a responder
Comentarios:

Si la respuesta es "Sí" a si está embarazada, debe responder las siguientes preguntas. ☐ N/A

4. ¿Cuántos meses de embarazo tiene? _____ ☐ No está segura ☐ Se niega a responder

5. Fecha de parto: _____ ☐ No está segura ☐ Se niega a responder

6. ¿Le informaron que tiene más de un bebé en gestación? ☐ No ☐ Sí ☐ No está segura ☐ Se niega a responder

7. ¿Tiene los siguientes planes para el embarazo, el trabajo de parto y el parto?

A. Plan de nacimiento ☐ Tiene ☐ No tiene, pero quiere tenerlo ☐ No tiene y no quiere tenerlo

B. Tipo de parto que desea: ☐ Vaginal ☐ Natural (sin medicamentos/sin epidural) ☐ Por cesárea
☐ Parto vaginal después de una cesárea

C. Lugar del parto: _____

Sección 7. Embarazo y posparto (continuación)

D. Clases de preparación para el parto: ☐ Tiene ☐ No tiene, pero quiere tenerlas ☐ No tiene y no quiere tenerlas

E. Persona/s que asistirá/n en el parto (incluidas doulas): ☐ Tiene ☐ No tiene, pero quiere tenerla/s
☐ No tiene y no quiere tenerla/s
Si tiene, indique quién/es: _____

F. Inicio del trabajo de parto: Cuándo llamar a alguien o ir al lugar del parto:
☐ Sabe lo que debe hacer ☐ Necesita ayuda con esto

G. Objetivos/planes para trasladarse al hospital: ☐ Tiene ☐ No tiene, pero quiere tenerlos
☐ No tiene y no quiere tenerlos

H. Objetivos/planes de cuidado de niños para los otros hijos: ☐ Tiene ☐ No tiene, pero quiere tenerlos
☐ No tiene y no quiere tenerlos ☐ N/A

I. Planes para la lactancia materna: ☐ Tiene ☐ No tiene, pero quiere tenerlos ☐ No tiene y no quiere tenerlos

Comentarios:

Si la respuesta es "Sí" a si dio a luz* en los últimos 12 meses, debe responder las siguientes preguntas. ☐ N/A
** Incluye parto natural vivo, parto de un feto muerto, aborto espontáneo (por sus siglas en inglés, SAB) o aborto inducido por motivos médicos/aborto terapéutico (por sus siglas en inglés, TAB).*

8. ¿Tuvo algún problema con el parto? ☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder
Comentarios:

9. ¿Tiene/n su/s bebé/s alguna necesidad especial de atención de salud?
☐ Sí* ☐ No ☐ No está segura ☐ N/A (p. ej., parto de un feto muerto, SAB o TAB)
Comentarios:

10. ¿Necesita algún apoyo para la salud mental a causa de su experiencia en el parto?
☐ Sí* ☐ No ☐ Se niega a responder
Comentarios:

* Nota: Considere las conexiones necesarias para el bebé, como los Servicios para Niños de California o los servicios de Administración Mejorada de la Atención.

11. ¿Qué es lo que disfruta más de su nuevo bebé? _____

12. ¿Cuál es el mayor desafío? _____
☐ N/A ☐ Se niega a responder

13. ¿Se están adaptando los miembros de su familia al bebé? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A ☐ Se niega a responder
Comentarios:

14. ¿Está amamantando? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A ☐ Se niega a responder

15. Si la respuesta es "No", ¿le gustaría o planea hacerlo? ☐Sí ☐No ☐ No está segura ☐ Se niega a responder
Si la respuesta a una de estas preguntas es **sí**:
A. ¿Siente que necesita ayuda para amamantar? ☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder
B. ¿Necesita un sacaleches? ☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder

16. ¿Tiene alguna inquietud sobre la alimentación de su bebé (lactancia, alimentación con biberón)?
☐ Sí ☐ No ☐ N/A ☐ Se niega a responder
Comentarios:

Si la respuesta es "Sí" a si está embarazada o si dio a luz en los últimos 12 meses, debe completar lo siguiente.
☐ N/A (*p. ej., si el embarazo terminó en un parto de un feto muerto, SAB o TAB, o solo haga las preguntas que correspondan).*

17. Cuándo fue la cita prenatal o posparto más reciente: _____
☐ No está segura ☐ Se niega a responder ☐ No ha tenido una cita
Incluya comentarios:

18. Cuándo es la próxima cita prenatal o posparto: _____
☐ No está segura ☐ Se niega a responder ☐ No tiene una cita programada

19. ¿El médico le dijo que hay problemas de salud que requieren un seguimiento? ☐ Sí ☐ No ☐ No está segura
Si la respuesta es **sí**, ¿necesita ayuda para hacer el seguimiento de esos problemas? ☐ Sí ☐ No ☐ No está segura
Comentarios:

Sección 7. Embarazo y posparto (continuación)

20. ¿Se siente contenida en su embarazo/durante el posparto?

☐ Sí ☐ No ☐ No está segura ☐ Se niega a responder

Comentarios:

Según la respuesta, consulte con el asesor clínico y el supervisor si es necesario para ayudar con el seguimiento.

21. ¿Hay fumadores cerca de usted o de su bebé? ☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder

Si la respuesta es **sí**, ¿habló sobre esto con su proveedor? ☐ Sí ☐ No ☐ No está segura ☐ Se niega a responder

22. Necesita alguno de los siguientes durante el embarazo o la atención de posparto: (Marque todas las opciones que correspondan).

☐ Educación o recursos sobre embarazo o posparto (cambios corporales, crecimiento del bebé, molestias en el posparto, cuidado personal después del embarazo, etc.)
☐ Educación o recursos sobre planificación familiar o anticoncepción
☐ Educación o recursos sobre la salud del bebé (nutrición, hitos del desarrollo, seguridad del sueño)
☐ Educación o recursos sobre vacunas para la madre y el bebé
☐ Educación o recursos sobre habilidades para la crianza o clases de crianza
☐ Artículos esenciales para el bebé (cuna, pañales, fórmulas, biberones, sacaleches, ropa, frazadas y otros suministros)
☐ Asiento para automóvil
☐ Encontrar cuidado de niños o ayuda para pagarlo
☐ Otro:
☐ Se niega a responder

23. ¿Tiene un médico para su bebé? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A ☐ Se niega a responder

Si la respuesta es **sí**, indique el nombre del proveedor y el n.º de teléfono:

24. ¿Cuándo (día y mes) llevó al bebé por última vez a la consulta con el médico? _____

☐ No está segura ☐ N/A ☐ Se niega a responder

25. ¿El médico le dijo que hay problemas de salud del bebé que requieren un seguimiento?

☐ Sí ☐ No ☐ No está segura

Si la respuesta es **sí**, ¿necesita ayuda para hacer el seguimiento de alguno de esos problemas?

☐Sí ☐ No ☐ No está segura

26. ¿Tiene un dentista para su bebé? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A *(no tiene dientes y es menor de 1 año)*

☐ Se niega a responder

Si la respuesta es **sí**, indique el nombre del proveedor y el n.º de teléfono:

Fecha de la última consulta (si la conoce, o una fecha aproximada):

27. Escala de depresión posparto de Edimburgo (por sus siglas en inglés, EPDS)

☐ Se niega a completarla (motivo, si lo informa):_____

- **Solicite a la afiliada que complete** el cuestionario aquí: https://www.mcpapformoms.org/Docs/EdinbPostDepScale%20english%20no%20numbers.pdf. La afiliada debe completar el cuestionario por su cuenta, a menos que tenga conocimiento limitado del inglés o dificultad para leer.

Puntaje:

- Puntaje de 9 o mayor: Consulte con el asesor clínico y el supervisor.
- Puntaje de 13 o mayor: Consulte con el asesor clínico y el supervisor *e* inicie la remisión a salud del comportamiento.
- Puntaje positivo (1, 2 o 3) en la pregunta 10: Se requiere análisis inmediato. Consulte con el asesor clínico y el supervisor *e* inicie la remisión a salud del comportamiento.

Sección 8. Salud del comportamiento

Antecedentes de salud mental

1. **¿Alguna vez el proveedor de atención de salud o proveedor de salud mental le diagnosticó una afección de salud mental (incluida depresión o ansiedad posparto)?** ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro/a ☐ Se niega a responder
   Comentarios:
   Si la respuesta es "Sí", ¿qué le diagnosticaron?: ☐ Depresión ☐ Trastorno bipolar ☐ Esquizofrenia
   ☐ Ansiedad ☐ Trastorno de estrés postraumático ☐ Otro/s: _____
   ☐ Se niega a responder
   Comentarios:

   Si la respuesta es "Sí", ¿fue hospitalizado por motivos psiquiátricos? ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro/a
   ☐ Se niega a responder
   Si la respuesta es "Sí", indique la/s fecha/s, motivo/s, resultado/s, ubicación/ubicaciones:

   Si la respuesta es "Sí", ¿recibió tratamiento ambulatorio? ☐Sí ☐ No ☐ No está seguro/a
   ☐ Se niega a responder
   Si la respuesta es "Sí", indique la/s fecha/s, motivo/s, resultado/s, ubicación/ubicaciones:

   Si la respuesta es "Sí", ¿recibió algún otro tipo de tratamiento? ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro/a
   ☐Se niega a responder
   Si la respuesta es "Sí", describa:

2. **¿Puede proporcionar la información de contacto del proveedor de salud mental actual o anterior?**
   Nombre del proveedor:_____ N.º de contacto:_____

3. **¿En el último mes (30 días), ¿cuántos días se sintió solo/a?** (Marque una opción).
   ☐ Ninguno, nunca me siento solo/a ☐Menos de 5 días ☐ Más de la mitad de los días (más de 15)
   ☐ Casi todos los días, siempre me siento solo/a ☐ Se niega a responder

Depresión

Las siguientes son preguntas del Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ), n.º 1, 2 y 9.
☐ No se completa porque se completó la EPDS anteriormente.

4. **Durante las últimas dos semanas, ¿qué tan seguido lo/a han afectado cualquiera de los siguientes problemas?**
   a. Poco interés o placer en hacer las cosas
   ☐ Para nada ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
   b. Se ha sentido decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a
   ☐ Para nada ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
   c. Ha pensado que estaría mejor muerto/a o se le ha ocurrido lastimarse
   ☐ Para nada ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días

   Si marca "Varios días" o más en cualquiera de las opciones, consulte con el asesor clínico y el supervisor.

Ansiedad

Las siguientes son preguntas del Cuestionario de 2 elementos sobre trastorno de ansiedad generalizada [GAD-2].

5. **Durante las últimas dos semanas, ¿qué tan seguido lo/a han afectado cualquiera de los siguientes problemas?**
   a. Se ha sentido nervioso/a, ansioso/a o inquieto/a
   ☐ Para nada ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
   b. Ha sentido que no puede dejar de preocuparse o controlar sus preocupaciones
   ☐ Para nada ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días

   Si marca "Varios días" o más en cualquiera de las opciones, consulte con el asesor clínico y el supervisor.

Sección 8. Salud del comportamiento (continuación)

Trauma y factores estresantes

6. **En ocasiones, las personas experimentan sucesos inusual o particularmente aterradores, horribles o traumáticos que tienen un efecto en su vida cotidiana. ¿Le interesa recibir ayuda al respecto (p. ej., remisiones a un profesional de salud del comportamiento, grupos de apoyo, desarrollo de habilidades de afrontamiento, etc.)?**
   ☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder
   Comentarios:

Funcionamiento cognitivo

7. **¿Ha habido cambios en la forma en que piensa, recuerda o toma decisiones?** ☐ Sí ☐ No
   Comentarios:
8. **En el último mes, ¿se ha sentido preocupado/a, asustado/a o confundido/a porque algo pueda estar mal en su mente o su memoria?** ☐ Sí ☐ No
   Comentarios:

Puntaje: Si el/la paciente marca "sí" en cualquiera de las casillas, consulte con el asesor clínico y el supervisor.

Sección 9. Consumo de sustancias

☐ **El/La afiliado/a se niega a completar esta sección.**
Comentarios:

Tengo algunas preguntas sobre su experiencia con el alcohol, los productos con nicotina, la marihuana y otras sustancias. Algunas de las sustancias de las que hablaremos las receta un médico, pero solo me centraré en si las tomó por motivos distintos de aquellos por los que se le recetaron o en dosis distintas de las recetadas.

1. **En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido lo siguiente?:**	Nunca	De 1 a 2 veces	Todos los meses	Todas las semanas	Todos los días
A. Alcohol	☐	☐	☐	☐	☐
B. Productos con nicotina (cigarrillos, cigarrillos electrónicos, tabaco de mascar)	☐	☐	☐	☐	☐
C. Uso de medicamentos que requieren receta médica no como se los recetaron (marque con un círculo los que correspondan): analgésicos, medicamentos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, píldoras para dormir, otros:	☐	☐	☐	☐	☐
D. Marihuana o productos con tetrahidrocannabinol (por sus siglas en inglés, THC)	☐	☐	☐	☐	☐
E. Otras sustancias: Por ejemplo, cocaína, metadona, heroína, alucinógenos, inhalantes, drogas de diseño.	☐	☐	☐	☐	☐

2. **¿Alguna vez sintió que debería reducir su consumo de alcohol o drogas?**
   ☐ Sí ☐ No ☐ N/A ☐ Se niega a responder
   Si la respuesta es **sí**, pase a la siguiente pregunta.
3. **¿Quisiera hablar con alguien sobre su consumo de sustancias, especialmente si está considerando dejar o disminuir el consumo?** ☐ Sí ☐ No ☐ N/A ☐ No está seguro/a ☐ Se niega a responder

Sección 9. Consumo de sustancias (continuación)

4. **¿Está recibiendo o recibió tratamiento para el consumo de sustancias?**
   ☐ Sí ☐ No ☐ N/A ☐ No está seguro/a ☐ Se niega a responder
   Si la respuesta es **sí**, describa el tratamiento recibido (p. ej., tratamiento residencial, tratamiento ambulatorio o tratamiento asistido por medicamentos, como Vivitrol, Suboxone, naltrexona, metadona, Subutex, etc.):
   - ¿Puede proporcionar la información de contacto del lugar donde recibe/recibió tratamiento?
     Nombre del proveedor:
     N.º de contacto:
   - ☐ Está recibiendo tratamiento ☐ Recibió tratamiento

5. **Comparta cualquier información adicional sobre su consumo de sustancias en el pasado (p. ej., anterior a los últimos 6 meses, antecedentes familiares):**

   Nota: Si hay inquietudes sobre la seguridad del/de la afiliado/a o su familia, consulte con el asesor clínico y el supervisor.

6. **Comentarios adicionales:**

Sección 10. Factores de desarrollo

Haga las siguientes preguntas solo si esta información no está ya disponible para el equipo del proveedor de la ECM.

1. **Preguntas para el/la paciente O la familia, el cuidador o el administrador de casos (según la capacidad para responder de la persona): ¿Alguna vez el proveedor de atención de salud les dijo a usted o su familia que cuando era niño/a o como adulto/a tenía un retraso en el desarrollo, una discapacidad o una lesión cerebral que afectó su capacidad para pensar con claridad (p. ej., lesión cerebral traumática, trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, discapacidad de aprendizaje)?**
   ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro/a ☐ Se niega a responder
   Comentarios:

Sección 11. Alfabetización en salud

Quisiera preguntarle sobre cómo piensa que está controlando sus afecciones de salud.

1. **¿Necesita ayuda para completar formularios de salud?** ☐ Sí ☐ No ☐ N/A ☐ Se niega a responder
2. **¿Necesita ayuda para contestar las preguntas durante las consultas al médico?** ☐ Sí ☐ No ☐ N/A ☐ Se niega a responder

Sección 12. Determinantes sociales de la salud

Vivienda

1. **¿Cuál es su situación de vivienda actual?** ☐ Estable y segura ☐ Motel ☐ Garaje o una parte de una vivienda ☐ Vive con amigos ☐ Automóvil ☐ Hogar transitorio ☐ Refugio temporal ☐ Desplazamiento frecuente ☐ Otra: _____ ☐ Se niega a responder
   Comentarios:
2. **¿Le preocupa perder su vivienda?** ☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder
   Si la respuesta es **sí**, explique:
3. **¿Qué es lo que más le preocupa sobre su situación de vivienda?**
4. **¿En la actualidad, alguien le brinda apoyo para la vivienda (por ejemplo, orientador de vivienda, administración de casos o derechos de los inquilinos)?** ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

Sección 12. Determinantes sociales de la salud (continuación)

5. Entorno de vivienda: ¿Puede llevar una vida segura y fácil en el entorno que lo rodea?
☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder
Si la respuesta es **no**, ¿el lugar donde vive tiene lo siguiente?:

Buena iluminación ☐ Sí ☐ No	Buena calefacción ☐ Sí ☐ No	Buena refrigeración ☐ Sí ☐ No
Barandas en escaleras o rampas ☐Sí ☐No	Agua caliente ☐ Sí ☐ No	Baño en el interior ☐Sí ☐ No
Una puerta al exterior que cierra con llave ☐ Sí ☐ No	Escaleras para acceder a la casa o escaleras dentro de la casa ☐ Sí ☐ No	Elevador ☐Sí ☐ No
Espacio para moverse en silla de ruedas ☐ Sí ☐ No	Pasillos libres para salir de la casa ☐Sí ☐ No	

Comentarios:

Seguridad

6. ¿Se siente física y emocionalmente seguro/a donde vive en la actualidad? ☐ Sí ☐ No*
Si la respuesta es **no**, describa:
* Si la respuesta es "No", consulte con el asesor clínico y el supervisor.

7. ¿Hay alguien viviendo en su casa sin su permiso? ☐ Sí* ☐ No
Si la respuesta es **sí**, explique:
* Si la respuesta es "Sí", consulte con el asesor clínico y el supervisor.

8. ¿Le teme a alguien o alguien le está haciendo daño? ☐ Sí* ☐ No
Si la respuesta es **sí**, explique:
* Si la respuesta es "Sí", consulte con el asesor clínico y el supervisor.

9. ¿Hay alguien usando su dinero sin su permiso? ☐ Sí* ☐ No
Si la respuesta es **sí**, explique:
* Si la respuesta es "Sí", consulte con el asesor clínico y el supervisor.

Seguridad alimentaria

10. En los últimos 12 meses, ¿usted u otros adultos en el hogar redujeron las porciones de las comidas o se saltearon comidas por falta de dinero? ☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder

11. ¿Con qué frecuencia tiene hambre o no come porque no hay alimentos suficientes en la casa?
☐Con frecuencia ☐ Pocas veces ☐ N/A ☐ Se niega a responder

12. ¿Come menos de lo que considera que debería comer porque no hay alimentos suficientes?
☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder

13. Comentarios:

Apoyo y conexiones sociales

14. ¿Con quién vive?
☐ Vive solo/a
☐ Vive con su cónyuge o pareja. Si marca esta opción, brinde más información sobre la/s relación/relaciones y la/s edad/es:

☐ Vive con los hijos u otros familiares o amigos. Si marca esta opción, brinde más información sobre la/s relación/relaciones y la/s edad/es:

☐ Vive con el cuidador. Si marca esta opción, brinde más información sobre la/s relación/relaciones y la/s edad/es:

☐ Vive con otros residentes del centro o programa
☐ Se niega a responder

Sección 12. Determinantes sociales de la salud (continuación)

15. ¿Tiene otros hijos que no haya incluido anteriormente? (indique la edad)

16. ¿Con qué frecuencia está o habla con personas que le importan y con quienes tiene afinidad? (Por ejemplo, habla por teléfono con amigos, visita a amigos o familiares, va a la iglesia o a reuniones del club)
☐ Menos de una vez por semana ☐ 1 o 2 veces por semana ☐ De 3 a 5 veces por semana
☐ 5 o más veces por semana ☐ Se niega a responder

17. ¿Se ocupa del cuidado de alguna persona o alguna mascota? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es **sí**, describa:

Apoyo familiar o individual (incluidos recursos y participación de cuidadores)

18. ¿Tiene familiares, amigos u otras personas dispuestos a ayudarle cuando lo necesita?
☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder
Comentarios:

19. ¿Tiene un cuidador que le ayude? ☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder
Si la respuesta es **sí**, indique el nombre y la información de contacto (teléfono/correo electrónico):

20. ¿Alguna vez piensa que su cuidador tiene dificultades para brindarle toda la ayuda que usted necesita?
☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Si la respuesta es **sí**, explique:

21. ¿Tiene un trabajador de los servicios de apoyo en el hogar (por sus siglas en inglés, IHSS)?
☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder
Si la respuesta es **sí**, ¿cuántas horas de IHSS está recibiendo? _____
Nombre del trabajador de los IHSS: _____ N.º de contacto: _____

22. Comentarios adicionales:

Sección 13. Beneficios y otros servicios

1. Financiación/fuente de beneficios/servicios:
☐ Programa WIC (indique el sitio): _____ ☐ Beneficios de CalFresh (SNAP)
☐ Beneficiario del TANF ☐ Beneficiario del SSI ☐ Beneficiario del SSDI ☐ Beneficiario de la SSA (jubilación)
☐ Otro ingreso de jubilación ☐ Empleado ☐Beneficios para veteranos
☐ Asistencia general ☐ CalWorks ☐ Programa de visitas en el hogar (indique cuál): _____
☐ Otros: _____ ☐ Ninguno

2. ¿En ocasiones se queda sin dinero para pagar los alimentos, la renta, las facturas y los medicamentos?
☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder

3. ¿Cuál es su situación laboral actual? ☐ De tiempo parcial ☐ De tiempo completo ☐ Estudiante ☐ Jubilado
☐ Otra: _____ ☐ Se niega a responder
Impredecible (p. ej., trabajo por día) ☐ Sí ☐ No

4. ¿Tiene alguna inquietud o desafío en relación con su empleo? ☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder
Si la respuesta es "Sí", describa:

5. ¿Recibe algún servicio de alguno de los siguientes programas?
☐ Servicios y apoyo a largo plazo (centro de enfermería especializada, centro de rehabilitación)
☐ Programa Family PACT ☐ Servicios comunitarios para adultos ☐ Departamento de Asuntos de los Veteranos
☐ Programas de atención paliativa ☐ Centro regional ☐ Servicios para Niños de California
☐ Otros: _____ ☐ Ninguno

Sección 14. Implicación en asuntos legales

1. **¿En los últimos 12 meses, ¿ha estado implicado/a en alguno de los siguientes?:**
   ☐ Servicios ordenados por un juzgado ☐ Libertad condicional ☐ Libertad bajo palabra ☐ Programa de reingreso
   ☐ Conducción bajo la influencia del alcohol/prohibición de licencia
   ☐ Servicios de Protección para Adultos ☐ Servicios de Protección al Menor ☐ Servicios Legales Comunitarios
   ☐ Ninguno
   ☐ Se niega a responder ☐Otro (indique cuál): _____
   Comentarios:
2. **Información de contacto según corresponda (nombre, número, organización):**

3. **En el último año, ¿ha pasado más de dos noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional para jóvenes?** ☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder
   Si la respuesta es **sí**, diga: "quisiera coordinar con alguna persona con la que usted trabaje con respecto a su estadía en _____ a fin de que podamos trabajar juntos para ayudarle y que alcance sus objetivos. ¿Puedo comunicarme con esa persona que está con usted?".
4. **¿Alguna vez se asoció con los miembros de una pandilla o participó en una?**
   ☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder
   Si la respuesta es **sí**, ¿cuál es su situación actual?

Sección 15. Planificación de la atención anticipada

La planificación para el final de la vida es un aspecto importante de las necesidades de salud holística y de planificación de una persona.

1. **¿Tiene un documento de planificación para el final de la vida o una instrucción anticipada establecida?**
   ☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder
2. **¿Tiene un representante autorizado para actuar en su nombre en relación con sus asuntos?**
   ☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder
   Si la respuesta es **sí**, indique el nombre y la relación:
3. **¿Quiere recibir información sobre estos temas?** ☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder

Sección 16. Prioridades del/de la afiliado/a

1. ¿Qué es lo que más le preocupa sobre su salud física o mental?
2. ¿Qué medida le gustaría tomar en este momento para mejorar su salud (como reducir el consumo de bebidas con cafeína o azucaradas)? *Brinde ejemplos simples y de reducción de daños:*
3. ¿Qué le gustaría lograr a partir de nuestro trabajo y tiempo juntos?
4. A partir de nuestra reunión de hoy, ¿cuáles son los 2 o 3 objetivos prioritarios que le vienen a la mente en relación con su salud, bienestar, situación social o de vivienda para los próximos 3 a 6 meses?
   Objetivo 1:

   Objetivo 2:

   Objetivo 3:

Resumen narrativo	
Incluya las necesidades principales identificadas a partir de la evaluación:	
Siguientes pasos	**Persona responsable**
1.	
2.	
3.	
Próxima cita/ubicación:	