

Evaluación de riesgo a la salud



Complete todas las secciones que se apliquen a usted o a su familiar. Las respuestas a estas preguntas nos ayudarán a ver cómo podemos ayudarlo mejor a usted o a su familiar y no afectarán en modo alguno sus beneficios de Medicaid. Todas las respuestas son confidenciales.

Información del miembro (* indica que es una pregunta obligatoria)

Nombre de la persona que completa el formulario: _____

Relación con el miembro:

- Sí mismo Madre Padre Abuelo/a Padre/madre de acogida temporal Hijo/a
 Otra _____

*Nombre del miembro (Apellido, nombre): _____

*ID de Medicaid: _____ Fecha de nacimiento (MMDDAAAA): _____

*Género: Femenino Masculino Etnia: Hispano o latino No hispano ni latino

Raza (Indique hasta dos):

- Negra/afroamericana Indoamericana/nativa de Alaska Blanca Asiática
 Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico Desconocida/No especificada

*Idioma hablado: Inglés Español Otro _____

Idioma escrito: Inglés Español Otro _____

*¿Cuál es el número de teléfono más adecuado para localizarlo? _____

¿Qué tipo de número de teléfono es? Residencial Celular Otro _____

*¿Dirección de correo electrónico más adecuada? _____

*¿Cómo desea que nos pongamos en contacto con usted? Teléfono Correo Correo electrónico
 Mensaje de texto Otro _____

*¿Dónde vive? Propietario/Alquilo Refugio Sin hogar Me quedo en lo de un familiar/amigo
 Otro _____

¿En cuántos lugares ha vivido en el último año? Uno Dos Tres o más

¿Se siente seguro en casa? Sí, siempre No estoy seguro Sí, a veces No Elijo no responder

¿Tiene un medio de transporte fiable para acudir a las visitas médicas? Siempre A veces Rara vez o nunca

¿Está recibiendo tratamiento para alguna de estas condiciones? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Trastorno cerebral adquirido Asma Cáncer Diabetes Enfermedad cardíaca VIH/SIDA
 Discapacidad intelectual o del desarrollo Enfermedad pulmonar Enfermedad de células falciformes
(sin rasgo) Hepatitis Condición física grave (como parálisis cerebral, distrofia muscular, esclerosis múltiple, convulsiones incontroladas)

Accidente cerebrovascular Trasplante Otro (explique) _____

¿Qué temas de salud le gustaría abordar más con su proveedor? _____

Solo para niños

Artritis juvenil Problemas de desarrollo Síndrome de abstinencia neonatal

¿Está tomando actualmente antibióticos intravenosos durante más de 3 semanas? Sí No

¿Entiende los medicamentos que le han recetado y cuándo debe tomarlos? Sí No

¿Encuentra obstáculos para tomar sus medicamentos según lo recetado? Sí No

¿Tiene dolores constantes? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es el nivel de intensidad del dolor en una escala del 1 al 10 (siendo 10 el más alto)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Alguna vez ha sufrido trauma o abuso? (p. ej., herida física, humillación o maltrato emocional por parte de otra persona)?

Sí No

Si alguna vez ha sufrido un trauma o abuso, ¿le gustaría recibir apoyo (p. ej., hablar con un consejero)?

Sí No

¿Con qué frecuencia en los últimos 3 meses le preocupó que se le acabaran los alimentos?

Siempre A veces Rara vez o nunca

Si completa este formulario por un niño, ¿participa su hijo/a en alguna de las siguientes actividades?

Apoyos y Servicios Tempranos Centrados en la Familia Servicios Médicos Especiales Socios en Salud Ninguna

¿Está embarazada? Sí No N/A

En caso afirmativo, ¿existen complicaciones en el embarazo (p. ej., diabetes, hipertensión o embarazo múltiple)?

Sí No N/A

¿Ha consumido alcohol, medicamentos recetados u otras sustancias durante el embarazo? Sí No N/A

¿Está recibiendo tratamiento para alguna de estas condiciones de consumo de sustancias o salud mental? (Marque todas las opciones que correspondan)

TDAH Autismo Trastorno bipolar Depresión Trastorno de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia, otro) Esquizofrenia Enfermedad mental grave Problemas de consumo de sustancias

Solo para niños Perturbación emocional grave

Otra _____

¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No Elijo no responder

En caso afirmativo, ¿le ha dicho alguien que su consumo de alcohol es un problema? Sí No

Elijo no responder

¿Siente que necesita ayuda con el consumo de drogas o alcohol? Sí No Elijo no responder

¿Consumo actualmente drogas callejeras (como heroína, cocaína) u otras drogas que no sean recetadas?

Sí No Elijo no responder

¿Ha tenido una sobredosis en los últimos 12 meses? Sí No

¿Fuma cigarrillos, consume tabaco sin humo o vapea? Sí No Elijo no responder

¿Le gustaría hablar con alguien sobre cómo dejar de fumar? Sí No

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido poco interés o placer por hacer cosas?

En absoluto Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido abatido, deprimido o desesperanzado?

En absoluto Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso, ansioso o al límite?

En absoluto Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia no fue capaz de dejar de preocuparse o de controlar su preocupación?

En absoluto Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

¿Le gustaría hablar con alguien sobre los servicios de salud mental/consumo de sustancias? Sí No

¿Tiene dificultades para realizar las siguientes actividades por sí mismo? Marque todas las opciones que correspondan.

Bañarse Vestirse Caminar Comer Ir al baño Subirse y bajarse de la silla

Preparar las comidas Administrar el dinero Tomar los medicamentos según lo recetado

Realizar las tareas del hogar Hacer compras de comestibles No aplica debido a la edad del miembro

¿Es capaz de realizar las actividades en las que desea participar con suficiente energía? Sí No

¿Le gustaría hablar con su proveedor sobre cómo aumentar su capacidad para realizar actividad física?

Sí No

¿Ha acudido a la sala de emergencias 3 veces o más en los últimos 3 meses? Sí No

¿Ha estado hospitalizado durante más de un período de 2 semanas en los últimos 3 meses? Sí No

En caso afirmativo, ¿fue para un recién nacido en la NICU (unidad de cuidados intensivos neonatales)?

Sí No

¿Ha realizado un intento de suicidio en los últimos 12 meses? Sí No

¿Ha salido de la cárcel o prisión en los últimos 6 meses? Sí No Elijo no responder

¿Tiene problemas para conciliar o mantener el sueño? Sí No

¿Tiene problemas para mantenerse despierto durante el transcurso de un día normal? Sí No

¿Le gustaría que un administrador de cuidados se pusiera en contacto con usted para ayudarlo con sus problemas de salud, recursos comunitarios u otras preguntas o cuestiones?

Sí No

Gracias por tomarse el tiempo para responder estas preguntas. ¿Hay algo más que crea que deberíamos saber sobre usted, su hijo/a o su familia?
