

Evaluación de las necesidades de salud

Nombre del afiliado (primer nombre, segundo nombre, apellidos)		Nombre de preferencia	Identificación de Medicaid del afiliado	Fecha de nacimiento	
Pronombres de preferencia			Fecha de cumplimentación del formulario		
Él Ella Ellos Otro (describa) _____ Prefiero no responder					
¿Alguien que no es el afiliado está completando esta evaluación?			Sí No		
Nombre de la persona que completa/ayuda a completar esta evaluación y su relación con el afiliado					
Dirección del afiliado		Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono 1		Número de teléfono 2		Dirección de correo electrónico	
Nombre de la persona de contacto de emergencia		Teléfono de la persona de contacto de emergencia		Relación con la persona de contacto de emergencia	
Para los menores de 21 años, ¿está en un programa de cuidado de acogida?			Sí No		
¿De qué raza(s) es usted? Marque todas las opciones que correspondan.				Origen étnico	
Asiático Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Negro o afroamericano Blanco Indio americano o nativo de Alaska Otro (describa) _____ Prefiero no responder				Hispano No hispano Prefiero no responder	
Género			¿Datos demográficos verificados?		
Hombre Mujer Hombre transgénero Mujer transgénero Otro (describa) _____ Prefiero no responder			Sí No		
Método de evaluación		Tipo de evaluación			
Por teléfono En persona Otro		Evaluación inicial Reevaluación Cambio en el estado de salud			
N.º	Pregunta	Respuesta			
1.	¿Habla un idioma que no sea el inglés en casa?	Sí (describa) _____ No Prefiero no responder			
2.	¿Usted o su cuidador necesitan servicios de traducción?	Sí (describa) _____ No			
3.	¿Usted o su cuidador alguna vez necesitan ayuda para leer materiales del hospital o la clínica?	Sí (describa) _____ No			
4.	¿Usted o su cuidador presentan alguna de las siguientes barreras para la comunicación?	Trastorno auditivo Trastorno visual Retrasos en el desarrollo No verbal Ninguna Prefiero no responder Otra (describa) _____			

Evaluación de las necesidades de salud

N.º	Pregunta	Respuesta
5.	¿Tiene alguna preferencia cultural o religiosa en relación con su salud?	Preferencias culturales Preferencias religiosas/espirituales Otra (describa) _____ Ninguna Prefiero no responder
6.	¿Cómo describe su salud?	Excelente Muy buena Buena Regular Mala
7.	¿Qué afecciones de salud tiene actualmente?	Enfermedad del corazón o insuficiencia cardíaca Enfisema o EPOC Asma Diabetes Colesterol alto Infecciones del tracto urinario (ITU) crónicas Presión arterial alta o hipertensión Convulsiones Cáncer (describa) _____ Dolor crónico (describa) _____ Hepatitis o enfermedad hepática VIH Dependencia de traqueotomía o sonda de gastrostomía Trastorno de abuso de sustancias Depresión Problemas dentales Otros diagnósticos de salud mental (describa) _____ Discapacidad (describa) _____ Cursando un embarazo actualmente Retraso en el desarrollo Autismo Ninguna Enfermedad pulmonar crónica del prematuro Otra (describa) _____
8.	¿Cuántas veces en los últimos 12 meses tomó cinco o más bebidas alcohólicas en un día (hombres) o cuatro o más bebidas alcohólicas en un día (mujeres)? (Una bebida alcohólica equivale a 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino o 1.5 onzas de licores de 80 grados proof).	Nunca Una o dos veces Una vez al mes Una vez a la semana A diario o casi a diario
9.	¿Cuántas veces en los últimos 12 meses usó productos de tabaco (como cigarrillos, puros, rapé, tabaco para mascar, cigarrillos electrónicos o vapeadores)?	Nunca Una o dos veces Una vez al mes Una vez a la semana A diario o casi a diario
10.	¿Cuántas veces en el último año usó medicamentos recetados por razones no médicas?	Nunca Una o dos veces Una vez al mes Una vez a la semana A diario o casi a diario
11.	¿Cuántas veces en el último año consumió drogas ilegales?	Nunca Una o dos veces Una vez al mes Una vez a la semana A diario o casi a diario
12.	En los últimos 12 meses, ¿el hecho de hacer apuestas ha sido algo que intentó ocultar o que le causó problemas financieros, o ha tenido dificultades para reducir las apuestas?	Sí No No aplica
13	¿Cuándo tuvieron lugar sus citas o procedimientos de atención médica, dental y de la salud mental o conductual más recientes?	Atención médica (describa) _____ Atención de la salud mental/conductual (describa) _____ Atención dental (describa) _____

Evaluación de las necesidades de salud

N.º	Pregunta	Respuesta
14.	¿Tiene alguna cita o procedimiento pendiente de atención dental, de la salud física o de la salud mental?	Sí (describa) _____ No _____
15.	¿Ha visitado la sala de emergencias en los últimos seis meses? En caso afirmativo, ¿cuántas veces y por qué?	Sí, una vez (describa) _____ Sí, dos veces (describa) _____ Sí, tres veces (describa) _____ Sí, cuatro veces (describa) _____ Sí, cinco veces (describa) _____ Sí, más de cinco veces (describa) _____ No _____
16.	¿Ha pasado la noche en el hospital en los últimos seis meses? En caso afirmativo, ¿cuántas veces?	Sí, una vez (describa) _____ Sí, dos veces (describa) _____ Sí, tres veces (describa) _____ Sí, cuatro veces (describa) _____ Sí, cinco veces (describa) _____ Sí, más de cinco veces (describa) _____ No _____
17.	Si pasó la noche en el hospital alguna vez en los últimos seis meses, ¿alguna vez pasó la noche en el hospital menos de 30 días después de haber sido dado de alta de una estadía anterior?	Sí _____ No _____
18.	¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes actividades?	Vestirse Bañarse/asearse Comer Movilidad Cocinar/preparar comidas Trasladarse Tomar sus medicamentos diarios Usar el baño Ninguna Otra: _____
19.	¿Usted o su cuidador necesitan ayuda para organizar sus servicios de atención de la salud?	Sí (describa) _____ No _____
20.	¿Cuál es su situación de vivienda hoy?	Tengo un lugar estable en el que vivir. Tengo un lugar en el que vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro. No tengo un lugar estable en el que vivir (me quedo temporalmente con otras personas, en un hotel o en un refugio; estoy viviendo en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o tren, o en un parque) (describa). _____
21.	Piense en el lugar donde vive. ¿Tiene problemas con algo de lo siguiente? ELIJA TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN	Plagas, como insectos, hormigas o ratones Moho Pintura o tuberías con plomo Falta de calefacción Falta de aire acondicionado Horno o estufa que no funcionan Fugas de agua Detectores de humo que faltan o no funcionan Ninguno
22.	En los últimos 12 meses, ¿alguna vez comió menos de lo que sentía que debía porque no contaba con suficiente dinero para comer?	Sí _____ No _____

Evaluación de las necesidades de salud

N.º	Pregunta	Respuesta
23.	En los últimos 12 meses, ¿la falta de un transporte confiable le ha impedido asistir a citas médicas, a reuniones o al trabajo u obtener cosas necesarias para la vida diaria? ELIJA TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN	Sí, me ha impedido asistir a citas médicas u obtener medicamentos. Sí, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, a citas o al trabajo, o conseguir cosas que necesito. No
24.	¿En los últimos 12 meses, las compañías de electricidad, gas, combustible o agua han amenazado con cortar los servicios en su hogar?	Sí No Ya fueron cortados
25.	¿Alguna vez usted o su cuidador han sido golpeados, pateados o lastimados de alguna otra forma por alguien en el último año? En caso afirmativo, ¿por quién?	Sí (describa) _____ No
26.	¿Usted o su cuidador sienten seguridad en su(s) relación(es) actual(es)?	Sí No
27.	¿Hay alguien de una relación anterior que esté haciendo que sienta inseguridad ahora?	Sí No
28.	Si tiene más de 16 años, ¿le gustaría recibir ayuda para encontrar o mantener un trabajo?	Sí, ayuda para encontrar trabajo Sí, ayuda para mantener el trabajo No necesito ni quiero recibir ayuda
29.	Si tiene más de 16 años, ¿le gustaría recibir ayuda con la escuela o sus esfuerzos de formación? Por ejemplo, comenzar o completar una capacitación laboral u obtener un diploma de escuela secundaria, GED o equivalente.	Sí No
30.	En el último año, ¿ha pasado más de dos noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional juvenil?	Sí No Prefiero no responder
31.	¿A qué organización o agencia comunitaria, relacionada o no relacionada con la salud, acceden usted o su cuidador a menudo dentro de su comunidad?	Salud _____ Educativa _____ Salud conductual/mental _____ Relacionada con el trabajo _____ Vivienda _____ Otra: _____
32.	Para los menores de 21 años, ¿exhibe un comportamiento preocupante o el maestro ha informado que presenta un comportamiento preocupante en la escuela?	Sí (describa) _____ No