

Complete todas las secciones que se apliquen a usted o al miembro de su familia. Las respuestas a estas preguntas nos serán de utilidad para determinar cuál es la mejor forma en que podemos ayudarlo a usted o al miembro de su familia, y no afectarán sus beneficios de Medicaid de ninguna manera. Todas las respuestas son confidenciales. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al 1-866-769-3085. Los usuarios de TDD/TTY pueden llamar al 1-855-742-0123.

\*Indica una pregunta de respuesta obligatoria

## Información del miembro

Nombre de la persona que completa el formulario:

Relación con el miembro:

Propio miembro    Madre    Padre    Abuelo/a    Padre/madre adoptivos    Hijo    Otro

\*Nombre del miembro (apellido, nombre):

\*Id. de Medicaid:

Fecha de nacimiento (MMDDAAAA):

\*Sexo:    Femenino    Masculino    Etnia:    Hispano o latino    Ni hispano ni latino

Raza (incluya hasta dos):

Negro/Afroamericano    Indio americano/Nativo de Alaska    Blanco    Asiático

Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico    No sabe/No especifica

\*Idioma hablado:    Inglés    Español    Otro

Idioma escrito:    Inglés    Español    Otro

\*¿Cuál es su número telefónico de preferencia para que lo contactemos?

¿Qué tipo de número telefónico es este?    Casa    Teléfono celular    Otro

\*¿Dirección de correo electrónico de preferencia?

\*¿Cómo le gustaría que nos comuniquemos con usted?    Teléfono    Correo    Correo electrónico  
Mensaje de texto    Otro

\*¿Dónde vive?    Casa propia/alquilada    Refugio    Indigencia    Con familiares/amigos    Otro

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

¿Se siente seguro en su casa?

Sí, siempre    No estoy seguro    Sí, a veces    No    Prefiero no contestar

¿Cuenta con transporte seguro para acudir a las visitas al médico?

Siempre    A veces    Casi nunca o nunca

¿Está en tratamiento por alguna de estas afecciones? (Marque todas las que correspondan).

Trastorno cerebral adquirido    Asma    Cáncer    Diabetes    Enfermedad cardíaca    VIH/SIDA

Discapacidad intelectual o del desarrollo    Enfermedad pulmonar    Anemia drepanocítica (sin rasgos)    Hepatitis

Afección física grave (como por ejemplo parálisis cerebral, distrofia muscular, esclerosis múltiple, convulsiones no controladas)



Derrame cerebral      Trasplante      Otro (explicar)

Solo para niños.

Artritis juvenil      Problemas de desarrollo      Síndrome de abstinencia neonatal

¿Actualmente está recibiendo antibióticos por vía intravenosa por más de 3 semanas?      Sí      No

¿Tiene dolor constante?      Sí      No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuán intenso es el dolor en una escala del 1 al 10 (siendo 10 la mayor intensidad)?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

¿Alguna vez sufrió algún trauma o abuso (p. ej., otra persona lo lastimó físicamente, lo humilló o abusó emocionalmente de usted)?

Sí      No

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

Sí      No

Durante los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le preocupó quedarse sin alimentos?

Siempre      A veces      Casi nunca o nunca

Si completa el formulario para un hijo, ¿su hijo participa en alguno de los siguientes programas?

Apoyo Temprano y Servicios para la Familia      Servicios Médicos Especiales      Partners in Health      Ninguno

¿Está embarazada?

Sí      No      N/A

Si la respuesta es afirmativa, ¿existen complicaciones del embarazo (p. ej., diabetes, presión arterial alta o embarazos múltiples)?

Sí      No      N/A

¿Ha consumido alcohol, medicamentos recetados u otras sustancias durante el embarazo?

Sí      No      N/A

¿Está en tratamiento por cualquiera de estas afecciones de salud mental o por consumo de sustancias? (Marque todas las que correspondan).

TDAH      Autismo      Trastorno bipolar      Depresión      Trastorno alimenticio (anorexia, bulimia, otro)  
Esquizofrenia      Enfermedad mental grave      Problemas por consumo de sustancias      Ninguna

Solo para niños.

Trastorno psíquico grave

Otra:

¿Consume bebidas alcohólicas?

Sí      No      Prefiero no contestar

Si la respuesta es afirmativa, ¿alguien le dijo que su consumo de alcohol es un problema?

Sí      No      Prefiero no contestar

¿Cree que necesita ayuda con respecto al consumo de drogas o alcohol?

Sí      No      Prefiero no contestar



¿Actualmente consume drogas ilícitas (como por ejemplo heroína, cocaína) u otras drogas que no sean recetadas?

Sí No Prefiero no contestar

¿Ha tenido una sobredosis en los últimos 12 meses?

Sí No

¿Fuma cigarrillos, consume tabaco sin humo o cigarrillos electrónicos?

Sí No Prefiero no contestar

¿Le gustaría hablar con alguien para dejar de fumar?

Sí No

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

Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió triste, deprimido o desesperanzado?

Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

¿Le gustaría hablar con alguien sobre los servicios de salud mental/para tratamiento por consumo de sustancias?

Sí No

¿Tiene dificultad para hacer las siguientes actividades por usted mismo? Marque todas las que correspondan.

Bañarse Vestirse Caminar Comer Usar el inodoro

Sentarse y levantarse de una silla Preparar comidas Administrar dinero

Tomar medicamentos según lo recetado Realizar tareas del hogar

Hacer las compras No corresponde debido a la edad del miembro

¿Ha acudido a la sala de emergencias 3 veces o más en los últimos 3 meses?

Sí No

¿Ha estado hospitalizado durante más de 2 semanas en los últimos 3 meses?

Sí No

Si su respuesta es afirmativa, ¿fue por un bebé recién nacido en la UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales)?

Sí No

¿Ha tenido algún intento de suicidio en los últimos 12 meses?

Sí No

¿Salió de la cárcel o prisión en los últimos 6 meses?

Sí No Prefiero no contestar

¿Le gustaría que un administrador de atención se comunice con usted para ayudarlo con sus preocupaciones de salud, recursos en la comunidad u otras preguntas o asuntos?

Sí No

Gracias por tomarse el tiempo para responder estas preguntas. ¿Hay algo más que considere que debemos saber acerca de usted, su hijo o su familia?

