

# 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?

---

---

---