

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?

