

## Evaluación de riesgos para la salud – Adultos (18 a 64 años)

### Información del miembro:

1) Dirección de correo postal preferida: \_\_\_\_\_

2) Número de teléfono preferido: +\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

3) Raza (marque la opción que corresponda):

<input type="checkbox"/>	Indio americano / Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	Asiático
<input type="checkbox"/>	De color / Afroamericano	<input type="checkbox"/>	Hawaiano nativo / Isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/>	Blanco	<input type="checkbox"/>	Otro
<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder	<input type="checkbox"/>	No lo sé

a. Si eligió “Otro”, indique la raza aquí: \_\_\_\_\_

b. **Si eligió “Indio americano”:** ¿Es elegible para recibir Indian Health Services (Servicios de Salud para Indígenas)?

Sí     No

4) Origen étnico:

<input type="checkbox"/>	Hispano o latino	<input type="checkbox"/>	No hispano o latino	<input type="checkbox"/>	Otro
<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder	<input type="checkbox"/>	No lo sé		

a. Si eligió “Otro”, indique el origen étnico aquí: \_\_\_\_\_

5) Idioma:

<input type="checkbox"/>	Inglés	<input type="checkbox"/>	Español
<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	No lo sé

a. Si eligió “Otro”, indique el idioma preferido aquí: \_\_\_\_\_

6) ¿Cuál es su identidad de género?

<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	Hombre	<input type="checkbox"/>	No binario
<input type="checkbox"/>	Transgénero	<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder		

7) ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

<input type="checkbox"/>	Ninguna educación completada	<input type="checkbox"/>	Escuela primaria – 8.º grado
<input type="checkbox"/>	Algunos años de escuela secundaria, sin diploma	<input type="checkbox"/>	Graduado de escuela secundaria, diploma o GED
<input type="checkbox"/>	Algunos créditos universitarios, sin título	<input type="checkbox"/>	Escuela de oficios / técnica / de formación profesional
<input type="checkbox"/>	Diplomado	<input type="checkbox"/>	Bachillerato
<input type="checkbox"/>	Maestría	<input type="checkbox"/>	Doctorado o equivalente

8) ¿Tiene algún problema de audición, visión o habla que requiera servicios especiales?

Sí     No     No lo sé

a. Si la respuesta es “Sí”, explique: \_\_\_\_\_

**Salud / Seguridad global**

9) En general, ¿cómo calificaría su salud?

  

Excelente  
Regular

  

Muy buena  
Mala

  

Buena  
No lo sé

a. Si eligió “Mala”, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10) En una escala del 0 al 10, ¿qué tan preparado está para hacer cambios? \_\_\_\_\_

a. Si escribió 8, 9 o 10, díganos qué cambios le gustaría hacer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11) ¿Cuenta con un proveedor de atención médica?

Sí

No

No lo sé

\*Es importante identificar a un médico o proveedor de atención médica que le ayude a mantenerse saludable y en caso de que se enferme

a. Si respondió “Sí”, ¿cuál es el nombre de su proveedor de atención médica? \_\_\_\_\_

b. ¿Ha visto a su médico o proveedor de atención médica en los últimos 12 meses?

Sí

No

No lo sé

i. Si respondió “Sí”, ¿para qué fue a visitar a su médico?

  

Atención preventiva  
Visita posterior a la sala  
de emergencias

  

Atención de enfermos  
Otra visita

Visita poshospitalaria

ii. Si eligió “Otra visita”, ¿para qué fue la visita? \_\_\_\_\_

12) ¿Cuántas veces ha estado en el hospital en los últimos 3 meses? \_\_\_\_\_ veces

13) ¿Cuántas veces ha estado en el departamento de emergencias en los últimos 3 meses?  
\_\_\_\_\_ veces

14) ¿Cuántos medicamentos está tomando actualmente que le recetó su proveedor de atención médica? \_\_\_\_\_ medicamentos recetados

a. ¿Hay algo que le impida tomar sus medicamentos?

Sí  No  No lo sé

i. Si la respuesta es “Sí”, ¿qué le impide tomar sus medicamentos? \_\_\_\_\_

b. ¿Alguna vez olvidó tomar sus medicamentos?

Sí  No  A veces

15) ¿Cuándo fue la última vez que vio a su dentista?

En los últimos 6 meses  En los últimos 12 meses  Hace más de 1 año\*

\*Es importante visitar a su dentista con regularidad. La falta de atención dental de rutina puede provocar enfermedades de las encías

16) ¿Cuál es su estatura? (Escriba en pies / pulgadas) \_\_\_ pies \_\_\_ pulgadas

17) ¿Cuál es su peso? (Escriba en libras) \_\_\_ libras

18) ¿Usted o su proveedor de atención médica han tenido preocupaciones sobre su peso?

Sí (sobrepeso)  Sí (bajo peso)  No

a. Si eligió “Sí (sobrepeso)”, ¿está interesado en perder peso?

Sí  No  A veces

19) ¿Sigue una dieta saludable?

Sí  No  A veces

20) ¿Participa en actividad física regular?

Sí  No  No puedo hacer ejercicio debido a afecciones médicas

\*La actividad física regular ayuda a mejorar la salud y el estado físico en general, y reduce el riesgo de desarrollar muchas enfermedades crónicas. Se recomienda hacer al menos 150 minutos de ejercicio moderado cada semana

21) ¿Se ha vacunado contra la gripe en los últimos 12 meses?

Sí  No  A veces

\*Se recomienda que todas las personas a partir de los 6 meses de edad se vacunen contra la gripe cada año.

Vacunarse anualmente contra la gripe es la mejor manera de protegerse y proteger a su familia de la gripe

22) ¿Siempre usa el cinturón de seguridad?

Sí  No  N/C

\*El uso del cinturón de seguridad es una de las formas más efectivas de salvar vidas y reducir las lesiones en choques

23) ¿Tiene entre 50 y 75 años?

Sí  No

a. Si la respuesta es "Sí", ¿se le han realizado pruebas de detección de cáncer de colon desde que cumplió 50 años?

Sí  No  N/C – Antecedentes de cáncer de colon o colectomía

24) ¿Es mujer?

Sí  No

a. Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos años tiene? \_\_\_\_\_

i. De 18 a 20 años:

1. Si es sexualmente activa ahora o lo fue en el pasado, ¿se realizó una prueba para detectar ETS, como clamidia, en el último año?

Sí  No  N/C – Sin antecedentes sexuales

2. ¿Está embarazada?

Sí  No  N/C – Sin antecedentes sexuales  No lo sé

a. Si está embarazada, ¿cuándo es la fecha del parto? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ii. De 21 a 24 años:

1. Si es sexualmente activa ahora o lo fue en el pasado, ¿se realizó una prueba para detectar ETS, como clamidia, en el último año?

Sí  No  N/C – Sin antecedentes sexuales

2. ¿Está embarazada?

Sí  No  N/C – Sin antecedentes sexuales  No lo sé

a. Si está embarazada, ¿cuándo es la fecha del parto? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3. ¿Se realizó una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años?

Sí  No  No lo sé

iii. De 25 a 49 años:

1. ¿Está embarazada?

Sí  No  N/C – Sin antecedentes sexuales  No lo sé

a. Si está embarazada, ¿cuándo es la fecha del parto? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2. ¿Se realizó una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años?

Sí  No  No lo sé

iv. De 50 a 64 años:

1. ¿Se realizó una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años?

Sí  No  No lo sé

2. ¿Se realiza una mamografía para detectar el cáncer de mama al menos cada 2 años?

Sí  No  No lo sé

**Preocupaciones sociales:**

25) ¿Tiene un trabajo en la comunidad?

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Sí, tengo un trabajo remunerado

No, pero estoy interesado en un trabajo

No lo sé

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Sí, tengo un trabajo voluntario

No, y no estoy interesado en un trabajo

a. Si tiene un trabajo:

i. En una escala del 0 al 10, ¿cuánto afectaron sus problemas de salud a su productividad mientras trabajaba en el pasado? (0 = Los problemas de salud no tuvieron ningún efecto, 10 = Los problemas de salud tuvieron efectos graves) \_\_\_\_\_

26) ¿Actualmente le preocupa tener suficiente dinero para pagar sus necesidades básicas?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

a. Si la respuesta es "Sí", explique sus preocupaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

27) En los últimos 12 meses, ¿le preocupó que se le acabara la comida antes de tener dinero para comprar más?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

28) En los últimos 12 meses, ¿la comida que compró simplemente no duró y no tuvo dinero para comprar más?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

29) En los últimos 2 meses, ¿ha estado viviendo en una vivienda estable que es suya, que alquila o en la que se aloja como parte de un hogar?

Sí     No     No lo sé

30) ¿Se siente seguro en su hogar y alrededor de todas las personas en su vida?

Sí     No     No lo sé

a. Si la respuesta es "No", explique cualquier preocupación que tenga sobre la seguridad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

31) ¿Tiene acceso a un teléfono seguro y confiable?

Sí     No     No lo sé

32) ¿Alguna vez ha tenido problemas con el transporte a sus citas médicas?

Sí     No     No lo sé

33) ¿Cuenta con un cuidador primario que le brinda ayuda de manera regular?

Sí     No     No lo sé

a. Si la respuesta es "Sí", ¿qué relación tiene su cuidador con usted? (Marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/>	Agencia	<input type="checkbox"/>	Familia
<input type="checkbox"/>	Amigo	<input type="checkbox"/>	Otro

b. ¿Cuál es el nombre de su cuidador? \_\_\_\_\_

c. ¿Cuál es el número de teléfono de su cuidador? (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Salud física:**

34) ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le ha dicho que tiene una o más de estas afecciones? (Marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	Asma en la edad adulta	<input type="checkbox"/>	Cáncer
<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/>	EPOC / Enfisema	<input type="checkbox"/>	Diabetes tipo 1
<input type="checkbox"/>	Diabetes tipo 2	<input type="checkbox"/>	Prediabetes	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca
<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto
<input type="checkbox"/>	VIH	<input type="checkbox"/>	Discapacidad del aprendizaje	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de células falciformes
<input type="checkbox"/>	Apoplejía	<input type="checkbox"/>	Trasplante		

¿Tiene alguna otra afección que no se mencionó anteriormente? Enumérelas aquí: \_\_\_\_\_

---

a. Si tiene **ARTRITIS**: ¿Qué tipo de artritis?

Osteoartritis     Artritis reumatoide     No lo sé

b. Si ha tenido un **TRASPLANTE**: ¿Hace cuánto tiempo fue el trasplante? \_\_\_\_\_

35) En una escala del 0 al 10, ¿cuánto afectaron los problemas de salud a sus actividades diarias (además del trabajo) durante los últimos 7 días? (0 = Los problemas de salud no tuvieron ningún efecto, 10 = Los problemas de salud me impidieron realizar mis actividades diarias) \_\_\_\_\_

**Salud del comportamiento:**

36) En general, ¿qué tan satisfecho está con la vida?

<input type="checkbox"/>	Muy satisfecho	<input type="checkbox"/>	Satisfecho		
<input type="checkbox"/>	Insatisfecho	<input type="checkbox"/>	Muy insatisfecho	<input type="checkbox"/>	No lo sé

a. Si se siente muy insatisfecho, explique el motivo por el cual se siente así:

---

---

37) Durante el último mes, ¿le ha molestado con frecuencia sentirse solo?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sé
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----------

38) Durante el último mes, ¿le ha molestado con frecuencia sentirse bajoneado, deprimido o desesperado?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sé
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----------

39) Durante el último mes, ¿le ha molestado tener poco interés o placer en hacer las cosas?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sé
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----------

40) ¿Siente que el estrés está afectando su salud?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sé
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----------

a. Si la respuesta es "Sí", ¿cuáles son sus planes para manejar el estrés?

<input type="checkbox"/>	No es necesario hacer cambios	<input type="checkbox"/>	No planea hacer cambios
<input type="checkbox"/>	Empezó a hacer cambios	<input type="checkbox"/>	Planea hacer cambios en el próximo mes
<input type="checkbox"/>	Planea hacer cambios en los próximos 6 meses	<input type="checkbox"/>	No lo sé

41) Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia tomó 5 o más bebidas alcohólicas en un día?

<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	Una o dos veces	<input type="checkbox"/>	Mensualmente
<input type="checkbox"/>	Semanalmente	<input type="checkbox"/>	Diariamente o casi diariamente	<input type="checkbox"/>	No lo sé

\*Evitar el consumo excesivo de alcohol es una excelente opción para la salud

42) Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia consumió productos con tabaco?

<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	Una o dos veces	<input type="checkbox"/>	Mensualmente
<input type="checkbox"/>	Semanalmente	<input type="checkbox"/>	Diariamente o casi diariamente	<input type="checkbox"/>	No lo sé

\*Dejar de consumir productos con tabaco es lo más importante que puede hacer para proteger su salud

a. Si actualmente consume tabaco, ¿le interesaría dejar de hacerlo durante el próximo mes?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sé
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----------

43) Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia usó medicamentos recetados por razones no médicas?

<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	Una o dos veces	<input type="checkbox"/>	Mensualmente
<input type="checkbox"/>	Semanalmente	<input type="checkbox"/>	Diariamente o casi diariamente	<input type="checkbox"/>	No lo sé

44) Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia consumió drogas ilegales?

<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	Una o dos veces	<input type="checkbox"/>	Mensualmente
<input type="checkbox"/>	Semanalmente	<input type="checkbox"/>	Diariamente o casi diariamente	<input type="checkbox"/>	No lo sé

45) ¿Tiene ahora o alguna vez ha tenido un problema con el abuso de alcohol o sustancias?

Sí     No     No lo sé

a. Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipo de abuso a nivel personal?

Alcohol     Drogas ilegales     Medicamentos recetados

b. ¿Ha recibido tratamiento por consumo de alcohol o sustancias en los últimos 6 meses?

Sí     No     No lo sé

i. Si la respuesta es "No", ¿le gustaría recibir tratamiento por abuso de alcohol o sustancias?

Sí     No     No lo sé

46) ¿Alguna vez se le ha diagnosticado un trastorno de salud del comportamiento?

Sí     No     No lo sé

a. Si la respuesta es "Sí", enumere el(los) trastorno(s) de salud del comportamiento que se le haya(n) diagnosticado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b. ¿Ha estado en la sala de emergencias u hospitalizado en los últimos 3 meses debido a una afección de salud del comportamiento?

Sí     No     No lo sé

c. ¿Está recibiendo activamente tratamiento por un trastorno de salud del comportamiento?

Sí     No     No lo sé

47) Si tiene un trastorno de salud del comportamiento y NO está recibiendo tratamiento, ¿le gustaría recibir tratamiento por un trastorno de salud del comportamiento?

Sí     No     No lo sé

48) ¿Cuántas horas de sueño suele tener por noche? \_\_\_\_\_

49) ¿Tiene problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, o problemas con dormir demasiado?

Sí     No     No lo sé

**Dolor / AVD:**

50) Durante el último mes, ¿ha tenido dolor que haya interferido con la realización de las tareas del hogar o su capacidad para trabajar fuera de casa?

Sí     No     No lo sé

- a. Si la respuesta es “Sí”, en una escala del 0 al 10, donde 0 es “ningún dolor” y 10 es “el peor dolor”, ¿cómo calificaría su dolor en el TIEMPO ACTUAL (ahora mismo)? \_\_\_\_\_
- b. En una escala del 0 al 10, ¿qué tan intenso fue su PEOR dolor en los últimos 6 meses? \_\_\_\_\_
- c. En los últimos 6 meses, en promedio, ¿qué tan intenso fue su dolor en una escala del 0 al 10? \_\_\_\_\_
- d. Aproximadamente, ¿cuántos días en los últimos 6 meses se ha sentido impedido de realizar sus actividades habituales (trabajo, escuela o tareas en el hogar) debido al dolor?  

<input type="checkbox"/>	0 a 6 días	<input type="checkbox"/>	7 a 14 días
<input type="checkbox"/>	15 a 30 días	<input type="checkbox"/>	31 o más días
- e. En los últimos 6 meses, ¿cuánto ha interferido el dolor con sus actividades diarias en una escala del 0 al 10, donde 0 es “ninguna interferencia” y 10 es “incapaz de realizar cualquier actividad”? \_\_\_\_\_
- f. En los últimos 6 meses, ¿cuánto ha cambiado el dolor su capacidad para participar en actividades recreativas, sociales y familiares en una escala del 0 al 10? \_\_\_\_\_
- g. En los últimos 6 meses, ¿cuánto ha cambiado el dolor su capacidad para trabajar en una escala del 0 al 10, donde 0 es “ningún cambio” y 10 es “cambio extremo”? \_\_\_\_\_

51) ¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes actividades: caminar, levantarse de una silla, comer, bañarse, vestirse o ir al baño?

Sí     No     No lo sé

a. Responda esta sección solo si respondió “Sí”. De lo contrario, pase a la pregunta 52.

b. ¿Puede caminar con seguridad?

Sí     No     No lo sé

c. ¿Puede sentarse y levantarse de la cama o de una silla por usted mismo?

Sí     No     No lo sé

d. ¿Puede ingerir comidas y refrigerios sin ayuda?

Sí     No     No lo sé

e. ¿Puede bañarse o ducharse por usted mismo?

Sí     No     No lo sé

f. ¿Puede vestirse por usted mismo?

Sí     No     No lo sé

g. ¿Puede sentarse y levantarse del inodoro o del inodoro portátil?

Sí     No     No lo sé

h. ¿Tiene un autocontrol completo de las funciones de sus intestinos y vejiga?

Sí     No     No lo sé

i. ¿Quién le ayuda con estas actividades ahora? \_\_\_\_\_

j. ¿Le vendría bien ayuda adicional con estas actividades?

Sí     No     No lo sé

**Evaluación suplementaria:**

52) Incluyéndose a usted mismo, ¿con cuántos miembros de su familia vive actualmente?

\_\_\_\_\_

53) ¿Cuál es su situación de vivienda?

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Tengo vivienda y NO me preocupa perderla en los próximos 6 meses     |
| <input type="checkbox"/> | Tengo vivienda, pero SÍ me preocupa perderla en los próximos 6 meses |
| <input type="checkbox"/> | Hoy no tengo vivienda, pero:   |

a. Si eligió “Hoy no tengo vivienda, pero:”, responda la siguiente pregunta.

i. Estoy:

- |                          |                            |                          |                                   |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Alojado con otras personas | <input type="checkbox"/> | Alojado en un hotel               |
| <input type="checkbox"/> | Alojado en un refugio      | <input type="checkbox"/> | Viviendo en la calle o en un auto |

54) ¿Qué tan difícil es para usted comprender la información que le brindan los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud?

- |                          |              |                          |             |
|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Muy fácil    | <input type="checkbox"/> | Algo fácil  |
| <input type="checkbox"/> | Algo difícil | <input type="checkbox"/> | Muy difícil |

55) ¿Cuál es su situación actual de trabajo?

- |                          |                           |                          |  |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Desempleado               | <input type="checkbox"/> | Trabajo a tiempo parcial o temporal                            |
| <input type="checkbox"/> | Trabajo a tiempo completo | <input type="checkbox"/> | Desempleado de cualquier otra manera, pero no buscando trabajo |

56) En el último año, ¿usted o algún familiar con el que vive no pudo obtener alguno de los siguientes cuando realmente se necesitaba? Marque todo lo que corresponda:

<input type="checkbox"/>	Comida	<input type="checkbox"/>	Ropa	<input type="checkbox"/>	Atención dental
<input type="checkbox"/>	Atención de salud mental	<input type="checkbox"/>	Servicios públicos	<input type="checkbox"/>	Atención oftalmológica
<input type="checkbox"/>	Atención infantil	<input type="checkbox"/>	Teléfono	<input type="checkbox"/>	Atención médica
<input type="checkbox"/>	Transporte				

57) Si tiene problemas para conseguir transporte cuando lo necesita, ¿cuál es la razón PRINCIPAL por la que no puede llegar a donde desea ir?

<input type="checkbox"/>	No tengo problemas para conseguir transporte	<input type="checkbox"/>	El automóvil se descompuso
<input type="checkbox"/>	La persona que suele llevarme no está disponible	<input type="checkbox"/>	Cuesta demasiado
<input type="checkbox"/>	No tengo un vehículo personal	<input type="checkbox"/>	Sistema de transporte no disponible

58) El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche debido a que tiene la mente llena de preocupaciones. ¿Qué tan estresado está?

<input type="checkbox"/>	Para nada	<input type="checkbox"/>	Algo
<input type="checkbox"/>	Un poco	<input type="checkbox"/>	Bastante
<input type="checkbox"/>	Mucho		

59) ¿Con qué frecuencia se siente inseguro en su vecindario?

<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	Raramente
<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Con bastante frecuencia
<input type="checkbox"/>	Frecuentemente		

60) En el último año, ¿le ha tenido miedo a su pareja o expareja?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	No estoy seguro	<input type="checkbox"/>	No he tenido pareja en el último año

61) Notas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

62) Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido un problema dental por el que le hubiera gustado ver a un dentista, pero NO lo hizo?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

a. Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es la razón principal por la que no ha visitado a un dentista en los últimos 12 meses?

<input type="checkbox"/>	Miedo, aprensión, dolor	<input type="checkbox"/>	Costo
<input type="checkbox"/>	No tengo ni conozco a un dentista	<input type="checkbox"/>	No tuve el tiempo
<input type="checkbox"/>	No puedo ir al consultorio / no hay citas disponibles	<input type="checkbox"/>	Otras prioridades

63) En los últimos 12 meses, ¿ha ido a la sala de emergencias de un hospital por un problema dental?

Sí

No

a. Si la respuesta es “Sí”, marque cuál de las siguientes razones fue por la que se dirigió a la sala de emergencias del hospital:

Infección/dolor dental

Accidente/trauma dental

Otro

i. Si eligió “Otro”, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

64) En una escala del 1 al 10, ¿en qué medida está de acuerdo con la siguiente afirmación?

“Puedo manejar y controlar los problemas de salud”.

\_\_\_\_\_ (10 muy de acuerdo, 1 nada de acuerdo)



**Opcional – Encuesta para el miembro:**

Nos gustaría conocerle mejor y nos gustaría que respondiera a unas cuantas preguntas restantes. Indique dónde siente que pertenece en una escala del 1 al 7, los números se explican en cada pregunta.

65) ¿Está centrado en la familia (1) o es independiente (7)?

Escriba un número entre 1 y 7: \_\_\_\_\_

66) ¿No presta atención a su salud (1) o presta mucha atención a su salud (7)?

Escriba un número entre 1 y 7: \_\_\_\_\_

67) Normalmente compro los productos menos costosos. (1 significa “Totalmente en desacuerdo” y 7 significa “Totalmente de acuerdo”)

Escriba un número entre 1 y 7: \_\_\_\_\_

68) Prefiero lidiar con afecciones menores que ver a un médico. (1 significa “Totalmente en desacuerdo” y 7 significa “Totalmente de acuerdo”)

Escriba un número entre 1 y 7: \_\_\_\_\_

69) Investigo para poder tomar mejores decisiones sobre tratamientos de salud. (1 significa “Totalmente en desacuerdo” y 7 significa “Totalmente de acuerdo”)

Escriba un número entre 1 y 7: \_\_\_\_\_

70) Cuando se trata de mi salud, rara vez planeo las cosas con anticipación y generalmente tomo las cosas como vienen. (1 significa “Totalmente en desacuerdo” y 7 significa “Totalmente de acuerdo”)

Escriba un número entre 1 y 7: \_\_\_\_\_



1080 Jordan Creek Parkway  
Suite 100 South  
West Des Moines, IA 50266

**Información general:**

71) Fecha de la evaluación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

72) Evaluación completada por (escriba su nombre aquí) \_\_\_\_\_

73) Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

(yo mismo, padre / madre / tutor, Envolve, plan de salud, proveedor, etc.)

74) ¿Inscribir al miembro en el programa ahora?

Sí     No

75) ¿El miembro / tutor acepta participar en el programa?

Sí     No     N/C