

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

### Información del miembro

1. Dirección de correo postal preferida \_\_\_\_\_
2. Número de teléfono preferido: +\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
3. Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

4. Raza

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático                                    |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano                | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/De otras islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Blanco                             | <input type="checkbox"/> Otro  |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder              | <input type="checkbox"/> No sé                                       |

Indique otra raza: \_\_\_\_\_

¿Es su hijo nativo americano?

- Sí       No       Prefiero no responder       No sé

¿Su hijo es elegible para recibir servicios de salud para indígenas?

- Sí       No       Prefiero no responder       No sé

5. 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 sé               |                               |

Indique otro origen étnico: \_\_\_\_\_

6. Idioma de preferencia

- Inglés       Español       Otros       No sé

Indique otro idioma de preferencia: \_\_\_\_\_

7. ¿Cuál es su identidad de género?

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Femenino    | <input type="checkbox"/> Masculino             | <input type="checkbox"/> No binario (no se identifica con ninguno) |
| <input type="checkbox"/> Transgénero | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> No sé                                     |

8. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ningún nivel de educación completo          | <input type="checkbox"/> Desde la escuela primaria hasta el octavo grado        |
| <input type="checkbox"/> Algo 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 técnica, vocacional o de formación profesional |
| <input type="checkbox"/> Diplomatura                                 | <input type="checkbox"/> Licenciatura   |
| <input type="checkbox"/> Maestría                                    | <input type="checkbox"/> Doctorado o equivalente                                |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder                       | <input type="checkbox"/> No sé  |

9. ¿Tiene algún problema de audición, visión o habla que requiera servicios especiales?

- Sí       No       Prefiero no responder       No sé

Explique los problemas de audición, visión o habla: \_\_\_\_\_

10. ¿Necesita servicios de interpretación?

- Sí       No       Prefiero no responder       No sé

11. ¿En qué idioma prefiere recibir los materiales escritos?

- Inglés       Español       Prefiero no responder       Otro

Indique otros idiomas para los materiales escritos: \_\_\_\_\_

12. ¿Qué tan difícil es para usted comprender la información que le brindan los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud? En su opinión es:

- Muy fácil       Algo fácil       Algo difícil       Muy difícil

13. ¿Cuáles son sus pronombres preferidos?

- Él       Ella       Ellos       Otro       Prefiero no responder

Si respondió "Otro", especifique: \_\_\_\_\_

14. ¿Qué género se le asignó al nacer en el certificado de nacimiento?

- Femenino       Masculino       Prefiero no responder       No sé

15. Orientación sexual: ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor?  
(Atracción emocional, romántica o sexual)

- Bisexual       Heterosexual       Lesbiana, gay u homosexual       No sé bien  
 Prefiero no responder       Otro

Si respondió "Otro", especifique: \_\_\_\_\_

16. ¿Con cuántos miembros de la familia, incluido usted mismo, vive actualmente?

---

### Salud/Seguridad global

17. En general, ¿cómo calificaría su salud?

Excelente     Muy buena     Buena     Regular     Mala     No sé

Si seleccionó "mala", explique el motivo en el que se basa su mala calificación de salud: \_\_\_\_\_

---

18. En una escala del 0 al 10, ¿qué tan preparado está para hacer cambios en su salud?

0 a 3 No estoy listo para cambiar     4 a 7 No estoy seguro     8 a 10 Listo para cambiar  
 No se necesitan cambios     No sé

Si respondió entre 8 y 10, ¿qué cambios está dispuesto a hacer por su salud? \_\_\_\_\_

---

19. ¿Cuenta con un médico o un proveedor de atención médica?

Sí     No     No sé

Si respondió "Sí", ¿cuál es el nombre de su médico o proveedor de atención médica? \_\_\_\_\_

20. Es importante identificar a un médico o proveedor de atención médica que le ayude a mantenerse saludable y que le atienda en caso de que se enferme. **¿Le gustaría que le ayudemos a encontrar un médico o un proveedor de atención médica?**

Sí     No

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

Sí     No     No sé

Si respondió "Sí", ¿por qué ha acudido a su médico o proveedor de atención médica en los últimos 12 meses?

Cuidados preventivos o de bienestar     Atención por enfermedad  
 Visita tras una hospitalización  
 Visita tras haber estado en la sala de emergencias     Otra visita

Si eligió "Otra visita", ¿para qué fue la visita? \_\_\_\_\_

22. Los exámenes de bienestar regulares pueden ayudar a garantizar que se mantenga lo más sano posible. **¿Necesita ayuda para programar una cita?**

Sí     No

23. ¿Cuántas veces ha estado en el hospital en los últimos 3 meses?
- Nunca  Una vez  Dos veces  
 Tres o más veces  No sé
24. ¿Cuántas veces ha estado en el departamento de emergencias en los últimos 3 meses?
- Nunca  Una vez  Dos veces  
 Tres o más veces  No sé
25. ¿Cuántos medicamentos está tomando actualmente que le recetó su médico o proveedor de atención médica?
- 0 medicamentos recetados  1 a 3 medicamentos recetados  4 a 7 medicamentos recetados  
 Más de 8 medicamentos recetados  No sé
26. ¿Hay algo que le impida tomar sus medicamentos de la forma en que su médico o proveedor de atención médica le indicó que los tome?
- Sí  No  No sé
- ¿Qué le impide tomar sus medicamentos? \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez olvida tomar sus medicamentos?
- Sí  No  A veces  No sé
27. ¿Cuándo fue la última vez que vio a un dentista?
- En los últimos 6 meses  En los últimos 12 meses  Hace más de 12 meses
- ¡Buen trabajo! ¡Siga así!*
- Nunca he visto uno  No sé
- La atención dental de rutina es importante para la salud física y bucal de su hijo. La falta de atención dental de rutina puede provocar enfermedades de las encías, lo cual se ha vinculado a nacimiento prematuro, derrame cerebral y diabetes no controlada. La atención dental de rutina es importante para su salud física y bucal.*

28. ¿Cuál es su altura? (en pies/pulgadas)

Pies	Pulgadas
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> 6
	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8
	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> 10
	<input type="checkbox"/> 11
	<input type="checkbox"/> No sé

29. ¿Cuál es su peso? (introduzca la respuesta en libras) \_\_\_\_\_ libras.

30. ¿Usted o su proveedor de atención médica han tenido preocupaciones sobre su peso?

Sí, sobrepeso       Sí, bajo peso       No       No sé

31. ¿Le interesa perder peso?

Sí       No       No sé

32. ¿Sigue una dieta saludable, como comer frutas, verduras y cereales integrales, todos los días y limitar el azúcar y las grasas saturadas?

Sí, la mayoría de las veces       Sí, a veces       No, no muy a menudo       No sé

33. ¿Realiza actividad física de forma regular?

Sí       No       No puedo hacer ejercicio debido a afecciones médicas       No sé

*La actividad física regular mejora la salud y el estado físico en general, y reduce el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas. Se recomienda hacer al menos 150 minutos de ejercicio moderado y 2 días de fortalecimiento muscular por semana.*

34. ¿Se ha vacunado contra la gripe en los últimos 12 meses?

Sí       No       No sé

*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.*

35. ¿Usa siempre el cinturón de seguridad cuando conduce o viaja en automóvil?

- Sí       No       No sé       N/A

*El uso del cinturón de seguridad es una de las formas más eficaces de salvar vidas y reducir las lesiones en caso de accidente.*

36. ¿Tiene entre 50 y 75 años?

- Sí       No

¿Se le han realizado pruebas de detección de cáncer de colon desde que cumplió 50 años?

- Sí       No       N/A - Antecedentes de cáncer de colon o colectomía       No sé

37. ¿Es mujer?

- Mujer de 18 a 20 años       Mujer de 21 a 24 años       Mujer de 25 a 49 años  
 Mujer de 50 a 64 años       No       No sé

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       No sé       N/A - Sin antecedentes sexuales

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

- Sí       No       No sé

¿Está embarazada?

- Sí       No       No sé

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

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

- Sí       No       No sé

38. ¿Con qué frecuencia se siente inseguro en su vecindario?

- Nunca       Rara vez       A veces       Con bastante frecuencia  
 Frecuentemente

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

- Sí       No       No sé       No he tenido pareja en el último año

Notas: \_\_\_\_\_

40. ¿Cuál de los siguientes tipos de equipos que utiliza requiere electricidad?

(marque todos los que correspondan)

- Silla de ruedas       CPAP/BIPAP       Medicamentos refrigerados       Ventilador  
 Oxígeno       Ninguno       Otro

Enumere otros equipos que requieran electricidad:

---

41. ¿Se realiza diálisis?

Sí  No  Opta por no responder

42. ¿Se considera confinado al hogar? (Confinado al hogar significa que salir de su casa requiere un esfuerzo considerable y agotador)

Sí  No  Opta por no responder

### Preocupaciones sociales

43. ¿Tiene un trabajo remunerado o voluntario en la comunidad?

Sí, tengo un trabajo remunerado  No, pero me interesa conseguir un trabajo voluntario o remunerado  No sé  
 Sí, tengo un trabajo voluntario  No, y no me interesa conseguir un trabajo remunerado o voluntario

44. En una escala del 0 al 10 en la que 0 significa que los problemas de salud no tuvieron ningún efecto y 10 que tuvieron efectos graves, ¿cuánto afectaron sus problemas de salud a su productividad mientras trabajaba en los últimos 7 días?

0 (los problemas de salud no tuvieron ningún efecto en el trabajo)  1 a 3  4 a 6  
 7 a 10 (los problemas de salud me impidieron trabajar por completo)  No sé

45. ¿Actualmente le preocupa tener suficiente dinero para pagar sus necesidades básicas?

Sí  No  No sé

Explique las preocupaciones sobre el dinero para pagar las necesidades básicas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

46. ¿Se siente inseguro en su vida diaria?

Sí  No  No sé

Explique cualquier preocupación que tenga sobre la seguridad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

47. ¿Tiene acceso a un teléfono seguro y confiable?

Sí  No  No sé

48. ¿Cuenta con un cuidador primario que le brinda ayuda de manera regular?

- Sí       No       No sé

Si la respuesta es "Sí", ¿su cuidador le brinda un apoyo adecuado con sus necesidades de atención médica?

- Sí       No       No sé

¿Quién es su cuidador?

- Agencia       Familiar       Amigo       Otro \_\_\_\_\_

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

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

49. En el último año, ¿usted o algún miembro de su familia con quien vive no ha podido obtener alguno de los siguientes elementos cuando realmente lo necesitaba? (Marque todo lo que corresponda)

- Comida       Ropa       Atención dental       Salud mental       Servicios públicos  
 Cuidado de niños       Teléfono       Atención médica       Transporte  
 Atención oftalmológica

50. En los últimos 12 meses, ¿ha amenazado la compañía eléctrica, de gas, de petróleo o de agua con cortar los servicios en su hogar?

- Sí       No       Ya los cortaron

51. Actualmente, ¿usted o algún miembro de su familia con quien vive no ha podido obtener alguno de los siguientes elementos cuando realmente lo necesitaba? (Marque todo lo que corresponda)

- Comida       Ropa       Atención dental       Salud mental       Servicios públicos  
 Cuidado de niños       Teléfono       Atención médica  
 Transporte       Atención oftalmológica

52. En los últimos 12 meses, ¿usted u otras personas con las que vive comieron menos o se saltaron comidas porque no tenían dinero para comprar alimentos?

- Sí       No       No sé

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

- No tengo problemas para conseguir transporte       El automóvil se descompuso  
 La persona que suele llevarme no está disponible       Cuesta demasiado  
 No tengo un vehículo personal       El sistema de tránsito no está disponible

54. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido acudir a citas médicas, reuniones, al trabajo o conseguir cosas necesarias para la vida diaria?
- Sí       No       No sé
55. ¿Cuál es su situación de vivienda actualmente?
- Tengo vivienda hoy y NO me preocupa perderla en los próximos 6 meses
- Tengo vivienda hoy, pero SÍ me preocupa perderla en los próximos 6 meses
- Hoy no tengo vivienda, PERO:
- Vivo con otras personas
  - Vivo en un hotel
  - Vivo en un refugio
  - Vivo en la calle, en la playa, en un automóvil o en un parque
56. ¿Cuál es su situación de vivienda actualmente?
- Tengo un lugar para vivir.
- No tengo vivienda (me alojo con otras personas, en un hotel, en un refugio, vivo en la calle, en un automóvil o en un parque)
- Elijo no responder a esta pregunta
57. ¿Cuál es su situación actual de trabajo?
- Desempleado
- Trabajo a tiempo parcial o temporal
- Trabajo a tiempo completo
- Desempleado por otras razones y no busco trabajo (por ejemplo: soy estudiante, jubilado, persona con discapacidad, cuidador principal no remunerado)
58. ¿Se encuentra desempleado o no tiene ingresos fijos?
- Sí       No       No sé
59. 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?
- Para nada       Un poco       Algo       Bastante       Mucho

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

Sí  No

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

Miedo, aprensión, nerviosismo, dolor, no me gusta ir

Costo

No tengo ni conozco a un dentista

No tuve el tiempo

No puedo ir al consultorio (no hay citas disponibles)

No lo pensé

No puedo llegar al consultorio/clínica (demasiado lejos, no hay transporte)

Otras prioridades

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

Sí  No

62. En los últimos 12 meses, ha ido a la sala de emergencias de un hospital por alguna de las siguientes razones:

Dolor/Infección dental

Trauma/accidente dental

Otro

Otro: \_\_\_\_\_

63. En una escala del 0 al 10, ¿en qué medida está de acuerdo con la siguiente afirmación?  
"Puedo gestionar y controlar mis problemas de salud"

10: Muy de acuerdo

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0: Totalmente en desacuerdo

N/A: No tiene problemas de salud ni riesgos para su salud

### Salud física

64. ¿Alguna vez un médico o un proveedor de atención médica le ha dicho que padece alguna de estas condiciones? (Marque todas las opciones que correspondan)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <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 de aprendizaje |  |
| <input type="checkbox"/> Anemia de células falciforme (sin rasgos genéticos) |  | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Trasplante  |  |  |

Si tiene **artritis**: ¿Qué tipo de artritis?

- |  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> No sé |
|--|--|--------------------------------|

Si ha tenido un **trasplante**: ¿Cuándo se realizó el trasplante?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hace más de un año | <input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Sigue en lista de trasplante |
| <input type="checkbox"/> No sé              |  |   |

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

\_\_\_\_\_

65. En una escala del 0 al 10 en la que 0 significa que los problemas de salud no tuvieron ningún efecto y 10 que tuvieron efectos graves, ¿cuánto afectaron los problemas de salud su capacidad para realizar sus actividades diarias (además del trabajo) durante los últimos 7 días?

- |  |                                |                                |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 (los problemas de salud no tuvieron ningún efecto en las actividades diarias)             | <input type="checkbox"/> 1 a 3 | <input type="checkbox"/> 4 a 6 |
| <input type="checkbox"/> 7 a 10 (los problemas de salud me impidieron realizar las actividades diarias por completo) | <input type="checkbox"/> No sé |                                |

### Salud conductual

66. En general, ¿qué tan satisfecho está con la vida?

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

Si respondió "Muy insatisfecho", explique por qué está muy insatisfecho.

\_\_\_\_\_

67. ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?

- |                                |                                   |                                  |                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Rara vez | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> A menudo |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|

68. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado el siguiente problema?  
Poco interés o placer al hacer las cosas

Sí       No       No sé

69. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado el siguiente problema?  
Decaído, deprimido o sin esperanza

Sí       No       No sé

70. ¿Siente que el estrés en su vida está afectando su salud?

Sí       No       No sé

¿Cuáles son sus planes para manejar el estrés?

---

---

71. Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia tomó cinco o más bebidas alcohólicas en un día?

Nunca                       Una o dos veces                       Una vez al mes  
 Una vez a la semana       Diariamente o casi diariamente       No sé

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

72. Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia consumió productos con tabaco?

Nunca                       Una o dos veces                       Una vez al mes  
 Una vez a la semana       Diariamente o casi diariamente       No sé

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

¿Le interesaría dejar de consumir tabaco durante el próximo mes?

Sí       No       No sé

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

Nunca                       Una o dos veces                       Una vez al mes  
 Una vez a la semana       Diariamente o casi diariamente       No sé

74. Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia consumió drogas ilegales?

Nunca                       Una o dos veces                       Una vez al mes  
 Una vez a la semana       Diariamente o casi diariamente       No sé

75. ¿Tiene antecedentes personales de abuso de sustancias?

Sí       No       No sé

¿Qué tipo de abuso a nivel personal?

Alcohol                       Drogas ilegales       Medicamentos con receta

76. ¿Ha recibido tratamiento por **abuso** de alcohol o sustancias en los últimos 6 meses?

Sí       No       No sé

¿Le gustaría recibir tratamiento por **abuso** de alcohol o sustancias?

Sí  No  No sé

77. ¿Le han diagnosticado algún trastorno de salud del comportamiento, como ansiedad, depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia?

Sí  No  No sé

Indique todos los trastornos de salud del comportamiento que tenga:

---

---

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

Sí  No  No sé

79. ¿Recibe activamente tratamiento por un trastorno de salud conductual?

Sí  No  No sé

80. ¿Le gustaría recibir tratamiento por un trastorno de salud conductual?

Sí  No  No sé

81. ¿Cuántas horas de sueño suele tener por noche? \_\_\_\_\_

82. ¿Tiene problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido o duerme demasiado?

Sí  No  No sé

### **Dolor/Actividades de la vida diaria (ADL)**

83. Durante el último mes, ¿ha tenido dolor que haya interferido con la realización de las tareas domésticas o su capacidad para trabajar fuera de casa?

Sí  No  No sé

¿Qué tipo de dolor ha estado experimentando? \_\_\_\_\_

84. ¿Cómo calificaría su dolor en la **actualidad** en una escala del 0 al 10 en la que 0 significa "sin dolor" y 10 es el "peor dolor posible"?

- 0: Sin dolor
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10: Peor dolor posible

85. En los últimos 6 meses, ¿qué tan intenso fue el **peor** dolor que tuvo en una escala del 0 al 10 en la que 0 significa "sin dolor" y 10 es el "peor dolor posible"?

- 0: Sin dolor
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10: Peor dolor posible

86. En los últimos 6 meses, en **promedio**, ¿qué tan intenso fue el dolor que tuvo en una escala del 0 al 10 en que 0 significa "sin dolor" y 10 es el "peor dolor posible"? (Es decir, el dolor que suele experimentar cuando tiene dolor)
- 0: Sin dolor
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10: Peor dolor posible
87. Aproximadamente, ¿cuántos días en los últimos 6 meses se ha sentido impedido de realizar sus actividades habituales (trabajo, escuela o tareas domésticas) debido al dolor?
- 0 a 6 días     7 a 14 días     15 a 30 días     31 días o más
88. 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"?
- 0 - Ninguna interferencia
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 - Incapaz de realizar cualquier actividad

89. 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 en que 0 significa "ningún cambio" y 10 es un "cambio extremo"?

- 0: Ningún cambio
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10: Cambio extremo

90. En los últimos 6 meses, ¿cuánto ha cambiado el dolor su capacidad para trabajar (incluidas las tareas domésticas) en una escala del 0 al 10, en que 0 significa "ningún cambio" y 10 es un "cambio extremo"? \_\_\_\_\_

- 0: Ningún cambio
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10: Cambio extremo

91. ¿Necesita ayuda para realizar actividades diarias como caminar, levantarse de una silla, comer, bañarse, vestirse o ir al baño?

Sí       No       No sé

**Si respondió "sí":**

¿Puede caminar de forma segura una vez que está de pie sobre diversas superficies?

Sí       No       No sé

¿Puede sentarse y levantarse de la cama o de una silla sin ayuda?

Sí       No       No sé

¿Puede ingerir comidas y bocadillos sin ayuda?

Sí       No       No sé

¿Puede bañarse o ducharse sin ayuda?

Sí       No       No sé

¿Puede vestirse de forma independiente?

Sí       No       No sé

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

Sí       No       No sé

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

Sí       No       No sé

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

¿Le vendría bien ayuda adicional con estas actividades?

Sí       No       No sé

**Opcional: Encuesta para el miembro**

Nos gustaría conocerle mejor y nos gustaría que respondiera a las preguntas restantes.

Indique a dónde siente que pertenece en una escala del 1 al 7:

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

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

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

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

En una escala del 1 al 7 en la que 1 significa "Totalmente en desacuerdo" y 7 significa "Totalmente de acuerdo", ¿qué tan de acuerdo está con cada una de las siguientes afirmaciones?

94. Suelo comprar los productos menos costosos.  
Escriba un número entre 1 y 7: \_\_\_\_\_
95. Prefiero ocuparme yo mismo de las afecciones menores en lugar de ir a un médico.  
Escriba un número entre 1 y 7: \_\_\_\_\_
96. Investigo para poder tomar mejores decisiones sobre los tratamientos de salud.  
Escriba un número entre 1 y 7: \_\_\_\_\_
97. Cuando se trata de mi salud, rara vez planeo las cosas con anticipación y generalmente tomo las cosas como vienen.  
Escriba un número entre 1 y 7: \_\_\_\_\_

### Información general

98. Fecha en que se completó la evaluación: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
99. Evaluación completada por (nombre) \_\_\_\_\_
100. Relación con el miembro:  
 Yo soy el/la miembro     Representante del miembro con permiso     Padre/Madre o tutor  
 Envolve     Plan de salud     Proveedor externo     Otro
- Si tiene otro tipo de relación con el miembro, explique: \_\_\_\_\_
101. Intervalo de evaluación:  
 Inicial     Anual     Cambio de condición     Desconocido
102. Nombre de la agencia que realiza la evaluación  
\_\_\_\_\_
103. Credenciales del personal que realiza la evaluación  
 Enfermera registrada (RN)     Consejero/a Profesional Clínico/a Licenciado/a (LCPC)  
 Trabajador/a Social Clínico/a Licenciado/a (LCSW)  
 Profesional Avanzado Enfermero/a Vocacional Licenciado/a (LVN)  
 o Enfermero/a Práctico/a Licenciado/a (LPN)     Médico/a / Médico/a Osteópata (MD/DO)  
 Farmacéutico     Otras credenciales     Ninguna
104. Si es otro, proporcione las credenciales:  
\_\_\_\_\_
105. ¿De qué manera se obtuvo la información de detección de riesgos para la salud?  
 Vía telefónica     En persona/visita domiciliaria     Formulario enviado por fax/correo  
 Información no obtenida
106. ¿Se utilizó equipo de asistencia (TDD/TYY) para completar esta evaluación?  
 Sí     No     No sé

107. ¿Se utilizó un traductor para completar esta evaluación?

- Sí       No       No sé

Información del traductor: \_\_\_\_\_

108. ¿Se obtuvo la información a través de una persona que no es el padre/la madre/el tutor?

- Sí       No       No sé

109. CERTIFICACIÓN: He revisado el "Módulo de documentación" (Documentation Module). La información del apoderado (POA, por sus siglas en inglés) o del representante autorizado del miembro se actualiza en la sección "Resumen de documentos" (Document Summary).

- Sí       No       N/A

110. CERTIFICACIÓN: He revisado el módulo "Datos demográficos del miembro" (Member Demographics module). La sección "Información general" (General Information section) y la sección "Información de contacto" (Contact Information Section) del miembro se transcribieron y actualizaron con la información que se obtuvo en esta evaluación.

- Sí       No       N/A

111. CERTIFICACIÓN: He revisado y actualizado el "Resumen de contacto del miembro" (provider Contacts Summary module) con la información del cuidador/POA, si corresponde.

- Sí       No       N/A

112. CERTIFICACIÓN: He revisado el módulo "Resumen de contactos del proveedor" (Provider Contacts Summary module) y la información está actualizada y es precisa.

- Sí       No       N/A

113. CERTIFICACIÓN: He revisado el módulo "Diagnóstico del miembro" (Member's Diagnosis module) y la información del miembro está actualizada y es precisa.

- Sí       No       N/A

114. CERTIFICACIÓN: He revisado todas las alertas de atención al miembro.

- Sí       No       N/A