

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Fecha de hoy: _____

Nombre del miembro: _____

Número de identificación de SCFHP: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre de la persona que completa la HRA: _____

Teléfono: _____

Relación con el miembro: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

- Género:** Hombre Mujer Hombre transgénero/mujer a hombre (FTM)
 Mujer transgénero/hombre a mujer (MTF) Genderqueer, ni exclusivamente hombre ni mujer
 Prefiere no responder Otra categoría de género (especifique): _____
- Sexo asignado al nacer:** Hombre Mujer No sabe Prefiere no responder
- Pronombres:** Él Ella Ellos Otro (especifique): _____
- Orientación sexual:** Heterosexual Gay o lesbiana u homosexual
 Bisexual No sé Prefiero no responder
 Algo más (especifique): _____
- Estado civil:** Soltero Casado Separado Divorciado Viudo
- Estatura:** _____ pies _____ in **Peso:** _____ lb
- Raza/origen étnico:**
 Blanco Negro o afroamericano Asiático
 Hispano Nativo de Alaska o nativo americano Nativo de Hawái o isleño del Pacífico
 No sabe Otro: _____

8. Idioma preferido:

Hablado

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Tagalo |
| <input type="checkbox"/> Mandarín | <input type="checkbox"/> Cantonés | <input type="checkbox"/> Farsi |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Escrito

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Tagalo |
| <input type="checkbox"/> Chino tradicional | <input type="checkbox"/> Chino simplificado | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

9. ¿Quiere elegir a alguien para que sea su representante autorizado ante Santa Clara Family Health Plan (SCFHP)?

Un representante autorizado es alguien al que puede elegir para que hable en su nombre en SCFHP con respecto a su atención médica. Su representante autorizado puede usar, recibir o revelar su información médica protegida con SCFHP. Si respondió Sí, se le enviará por correo un Formulario de representante autorizado para que lo complete y devuelva.

- Sí No

10. ¿Tiene algún documento legal que autorice a alguien para tomar decisiones sobre su atención médica si usted no puede tomarlas?

- Sí No

Si respondió Sí, elija el tipo de documento que tiene.

Marque todo lo que corresponda:

- Carta de poder duradero Orden de no reanimar (DNR)
 Tutela/curaduría Directiva anticipada
 Otro: _____

Si respondió No, ¿ha hablado de directivas anticipadas con su proveedor de atención primaria (PCP)?

- Sí No

HISTORIA MÉDICA

11. Nombre del PCP: _____

Fecha de la última consulta con su PCP: _____

Médicos especializados (si corresponde):

a) Especialidad: _____ b) Especialidad: _____

Nombre: _____ Nombre: _____

Fecha de la última cita: _____ Fecha de la última cita: _____

c) Especialidad: _____ d) Especialidad: _____

Nombre: _____ Nombre: _____

Fecha de la última cita: _____ Fecha de la última cita: _____

12. ¿Cómo describiría su salud física?

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

13. ¿Cómo describiría su salud mental?

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

14. ¿Consulta a un médico o terapeuta con regularidad por una condición de salud mental?

Sí No

15. ¿Lo han diagnosticado o recibió tratamiento por alguna de estas condiciones?

Marque todo lo que corresponda:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Visión limitada |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Discapacidades del desarrollo
Ejemplos: autismo, parálisis cerebral, síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Problemas de memoria
Ejemplos: demencia senil, enfermedad de Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico | <input type="checkbox"/> Problema de audición | <input type="checkbox"/> Trasplante de órgano |
| <input type="checkbox"/> EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia/trastorno bipolar |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas
Ejemplos: hepatitis, VIH/SIDA, Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de las arterias coronarias:
Ejemplos: presión arterial alta, ataque cardíaco, operación del corazón, dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones:
Ejemplos: enfermedad renal en etapa terminal, diálisis | <input type="checkbox"/> Apoplejía |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | |

16. ¿Cuántos medicamentos diferentes está tomando actualmente?

0 1-5 6-10 Más de 11

17. ¿Entiende cómo tomar sus medicamentos?

Sí No

18. ¿Tiene dificultad para obtener o recoger sus medicamentos?

Sí No

19. ¿Cuánto interfiere el dolor en sus actividades normales?

- Nada Un poco Moderadamente Bastante Extremadamente

20. ¿Qué está haciendo actualmente para manejar su dolor?

Marque todo lo que corresponda:

- Medicamento Fisioterapia Clínica de manejo del dolor
 Nada actualmente Otro: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

21. ¿Usa actualmente alguno de estos suministros o equipos?

Marque todo lo que corresponda:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medidor de la presión | <input type="checkbox"/> Suministros para incontinencia | <input type="checkbox"/> Suministros de sonda de alimentación |
| <input type="checkbox"/> C-Pap o Bi-Pap | <input type="checkbox"/> Nebulizador | <input type="checkbox"/> Respirador |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Suministros para ostomía | <input type="checkbox"/> Andador |
| <input type="checkbox"/> Suministros para diabetes | <input type="checkbox"/> Oxígeno | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas |
| <input type="checkbox"/> Anteojos/lentes de contacto | <input type="checkbox"/> Inodoro portátil | <input type="checkbox"/> Suministros para el cuidado de heridas |
| <input type="checkbox"/> Aparatos auditivos | <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Cama de hospital/ elevador Hoyer | <input type="checkbox"/> Suministros de succión | |
| <input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____ | | |

22. ¿Necesita ayuda para obtener algún suministro o equipo en este momento?

- Sí No

Si respondió Sí, especifique: _____

23. ¿Necesita ayuda para completar los documentos o escribir?

- Sí No

24. ¿Necesita ayuda para hablar con su médico sobre su salud?

- Sí No

25. ¿Fuma cigarrillos, usa vapeadores u otros productos de nicotina/tabaco con regularidad?

- Sí No

Si respondió Sí, ¿quiere ayuda para disminuir su consumo de tabaco?

- Sí No

26. ¿Siente que bebe demasiado alcohol?

- Sí No

Si respondió Sí, ¿quiere hablar sobre maneras de ayudarlo a beber menos?

Sí No

27. ¿Está consumiendo drogas o tomando medicamentos de venta con receta de manera que no se lo hayan recetado?

Sí No

Si respondió Sí, ¿quiere hablar sobre maneras de ayudarlo consumir menos de estas drogas o medicamentos?

Sí No

28. ¿Ha cambiado su manera de pensar, recordar o tomar decisiones?

Sí No

29. En promedio, ¿con qué frecuencia se siente solo?

Casi todos los días

A veces

Casi nunca

Nunca

30. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha sentido lo siguiente?

a) Poco interés o placer en hacer cosas

Ni un solo día

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

b) Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza

Ni un solo día

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

Si está teniendo pensamientos de hacerse daño a usted o a otros, llame a la Línea de Prevención del Suicidio y Crisis al 9-8-8.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

31. ¿Necesita ayuda con alguna de estas actividades?

Marque "SÍ" o "NO" en cada una:

	SÍ	NO
a) Bañarse o ducharse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ir al baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Cepillarse los dientes, peinarse o afeitarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Levantarse de la cama o de una silla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Subir escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Preparar comidas o cocinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Hacer las tareas de la casa o hacer jardinería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Lavar los platos o la ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Hacer las compras y conseguir comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Conseguir transporte para ir al médico o para ir a visitar a sus amigos/familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Emitir cheques o llevar un registro del dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Usar el teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Usar una computadora o el Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Llevar un registro de las citas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Salir a visitar a familiares o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Hacer cualquier otra actividad: _____		

Si respondió Sí a cualquiera de las actividades de arriba, ¿está recibiendo toda la ayuda que necesita?

Sí No

Si la respuesta es No, especifique:

32. ¿Tiene familiares, amigos o personas encargadas del cuidado que quieren y pueden darle ayuda cuando la necesita?

Sí No

Si respondió Sí, ¿cree que alguna vez hayan tenido dificultades para darle toda la ayuda que usted necesita?

Sí No

33. ¿Usa algunas veces el teléfono o el Internet para sus citas médicas?

Sí No

34. ¿Puede vivir de manera segura y moverse con facilidad en su casa?

Sí No

35. ¿Se ha caído en los últimos seis (6) meses?

Sí No

Si respondió Sí, especifique cuántas veces: _____

36. ¿Teme caerse?

Sí No

SERVICIOS Y APOYOS

37. ¿Está usando o recibiendo actualmente alguno de estos recursos en su comunidad?

Marque "SÍ" o "NO" en cada uno:

	SÍ	NO
a) Administrador de casos, trabajador social o coordinador de cuidados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre del administrador de casos: _____		
Agencia: _____		
Información de contacto: _____		
b) Servicios comunitarios para adultos/centro de cuidado de salud de día para adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Centro comunitario o centro para adultos mayores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Programa del condado para tratamiento de drogas o alcohol para pacientes ambulatorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Servicios de administración de casos de salud mental del condado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Programas de asistencia para comida (Ejemplos: Meals on Wheels, CalFresh, bancos de alimentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ayuda para pagar facturas de servicios/alquiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Centro o programa de cuidados paliativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Servicios de apoyo en el hogar (IHSS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió Sí, ¿cuál es el nombre de su proveedor o de la persona encargada del cuidado?

j) Servicios de salud mental

Nombre del administrador de casos: _____

Agencia: _____

Información de contacto: _____

k) Seguro Social

l) Servicios de transporte

m) Asuntos de veteranos

n) Organizaciones de bienestar (como clases de ejercicios o de manejo de enfermedades)

o) Otros recursos comunitarios

Si recibe alguno, especifique:

38. ¿Le interesa obtener información sobre alguno de los siguientes recursos?

(Marque "SÍ" o "NO" en cada uno)

	SÍ	NO
a) Cobertura dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Cobertura de la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Gimnasio/condición física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. ¿Se ha quedado alguna vez sin dinero para pagar alguno de los siguientes?

Marque todo lo que corresponda:

Comida Alquiler Servicios públicos Facturas Medicamentos

40. ¿Alguien usa su dinero sin su consentimiento?

Sí No

41. ¿Tiene miedo de que alguien cercano a usted esté por hacerle daño?

Sí No

Si respondió Sí, su administrador de casos hará seguimiento con usted.

¿Cuál es la mejor hora y teléfono para llamarlo?

Teléfono: _____ Fecha/hora: _____

Si está en peligro inmediato, llame al 9-1-1.

SITUACIÓN DE VIVIENDA

42. En los últimos seis (6) meses, ¿ha vivido en vivienda estable?

Sí No

43. ¿En qué tipo de residencia está viviendo actualmente?

- Vivienda con asistencia Atención de largo plazo Comunidad de adultos mayores
- Sin Hogar/auto/a la intemperie Soy propietario de mi casa Albergue
- Viviendo en casa de un amigo o familiar Alquilo mi casa Otro: _____
- _____

44. ¿Con quién vive?

Marque todo lo que corresponda:

- Vivo solo Pareja/cónyuge Amigo Compañeros de vivienda
- Familiar: Relación con el miembro: _____
- Otro: _____

45. ¿Está preocupado de que en los siguientes seis (6) meses NO pueda tener vivienda estable?

- Sí No

Si respondió Sí, especifique por qué:

- Amenaza de desahucio/ recibió aviso de desahucio Vivienda que no puede pagar Vivienda es apenas adecuada para mis necesidades
- Otro: _____

MÁS INFORMACIÓN

46. ¿Cuáles son sus principales preocupaciones en este momento?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

47. ¿Quiere trabajar con un administrador de casos para personalizar su plan de atención?

Un plan de atención es un conjunto de objetivos de salud creados por usted y sus coordinadores de atención para ayudarlo a manejar su salud y alcanzar sus objetivos de atención médica. Muchos miembros encuentran útil trabajar con sus coordinadores de atención para personalizar su plan de atención.

- Sí No

48. ¿Quiere que su administrador de casos programe una reunión con su equipo de cuidado?

En esta reunión hablaremos de su plan de atención con usted y su equipo de cuidado para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud y bienestar.

- Sí No

¿Quiere incluir a alguien más en su equipo de cuidado, como familiares, amigos, personas encargadas del cuidado o sus médicos?

- Sí No

Si respondió Sí, ¿quién?

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

49. En el último año (12 meses), ¿cómo calificaría su atención médica de 0 a 10?

0 siendo la peor y 10 la mejor atención médica posible: _____

Proporcione cualquier otra información que quiere que sepamos: _____
