


Evaluación de riesgos de salud

Complete todas las secciones que correspondan a usted y a cada integrante de su familia. Las respuestas a estas preguntas nos ayudarán a ver cómo podemos ayudarle mejor y no afectarán los beneficios de Medicaid para usted o su hijo(a) de ninguna manera. Todas las respuestas son confidenciales. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

Fecha:		
Dirección postal:		Apt #:
Ciudad:	Estado:	Código postal:

 **Complete esta encuesta** para cada integrante de su familia en este plan de salud. Escriba **“igual”** cuando las respuestas para los integrantes adicionales coincidan con las de Miembro 1.

	Miembro 1	Miembro 2	Miembro 3
Nombre de la persona que completa el formulario para cada integrante			
Relación con el miembro	<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro

	Miembro 1	Miembro 2	Miembro 3
Nombre del miembro			
ID del Miembro #			
Idioma hablado	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro
Idioma escrito	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro
Raza (indicar hasta dos)			
Etnia (indicar hasta dos)			
Número más conveniente			
¿Qué tipo de número de teléfono es este?	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro
Correo electrónico más conveniente			
¿Cómo quiere que nos pongamos en contacto?	<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Otro



	Miembro 1	Miembro 2	Miembro 3
¿Dónde vive?	<input type="checkbox"/> Vivienda propia/Alquilo <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Vivo en lo de mi familia/ un amigo(a) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Vivienda propia/Alquilo <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Vivo en lo de mi familia/ un amigo(a) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Vivienda propia/Alquilo <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Vivo en lo de mi familia/ un amigo(a) <input type="checkbox"/> Otro
¿En cuántos lugares vivió en el último año?	<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres o más	<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres o más	<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres o más
¿Se siente a salvo en su casa?	<input type="checkbox"/> Sí, siempre <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Sí, a veces <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí, siempre <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Sí, a veces <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí, siempre <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Sí, a veces <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
¿Cuenta con transporte confiable para ir a las consultas médicas?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Rara vez o nunca	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Rara vez o nunca	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Rara vez o nunca
Información de salud general			
¿Recibe tratamiento para alguna de sus enfermedades? Marque todas las que correspondan.	<input type="checkbox"/> Trastorno cerebral adquirido <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual o del desarrollo <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Enfermedad física grave (como parálisis cerebral, distrofia muscular, esclerosis múltiple, convulsiones no controladas) <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes (sin rasgo) <input type="checkbox"/> Apoplejía <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Otro (explicar)	<input type="checkbox"/> Trastorno cerebral adquirido <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual o del desarrollo <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Enfermedad física grave (como parálisis cerebral, distrofia muscular, esclerosis múltiple, convulsiones no controladas) <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes (sin rasgo) <input type="checkbox"/> Apoplejía <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Otro (explicar)	<input type="checkbox"/> Trastorno cerebral adquirido <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual o del desarrollo <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Enfermedad física grave (como parálisis cerebral, distrofia muscular, esclerosis múltiple, convulsiones no controladas) <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes (sin rasgo) <input type="checkbox"/> Apoplejía <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Otro (explicar)
	Solo hijo(a) <input type="checkbox"/> Artritis juvenil <input type="checkbox"/> Problemas del desarrollo <input type="checkbox"/> Síndrome de abstinencia neonatal	Solo hijo(a) <input type="checkbox"/> Artritis juvenil <input type="checkbox"/> Problemas del desarrollo <input type="checkbox"/> Síndrome de abstinencia neonatal	Solo hijo(a) <input type="checkbox"/> Artritis juvenil <input type="checkbox"/> Problemas del desarrollo <input type="checkbox"/> Síndrome de abstinencia neonatal
¿Estuvo tomando antibióticos intravenosos por más de 3 semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



	Miembro 1	Miembro 2	Miembro 3
¿Tiene dolor constante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es así, del 1 al 10, ¿qué tan intenso es el dolor? (10 es el más alto)	Intensidad del dolor:	Intensidad del dolor:	Intensidad del dolor:
¿Ha pasado por algún trauma o abuso? (por ejemplo, recibió maltrato físico, humillación o maltrato emocional de otra persona)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si alguna vez pasó por algún trauma o abuso, ¿quisiera recibir algún tipo de apoyo (por ej., hablar con un consejero)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Con qué frecuencia en los últimos 3 meses sintió preocupación por que se acabaría su comida?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Rara vez o nunca	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Rara vez o nunca	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Rara vez o nunca
Si está completando para un hijo(a), ¿su hijo(a) participa de alguno de los siguientes?	<input type="checkbox"/> Apoyos y servicios tempranos centrados en la familia <input type="checkbox"/> Servicios médicos especiales <input type="checkbox"/> Socios en la salud <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Apoyos y servicios tempranos centrados en la familia <input type="checkbox"/> Servicios médicos especiales <input type="checkbox"/> Socios en la salud <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Apoyos y servicios tempranos centrados en la familia <input type="checkbox"/> Servicios médicos especiales <input type="checkbox"/> Socios en la salud <input type="checkbox"/> Ninguna
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Si es así, ¿existen complicaciones en su embarazo (por ej., diabetes, hipertensión o múltiples)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Consumió alcohol, medicamentos recetados o sustancias durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Recibe tratamiento para alguna de sus enfermedades de la salud mental o por consumo de sustancias? Marque todas las que correspondan.	<input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio (anorexia, bulimia, otro) <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave <input type="checkbox"/> Problemas con el consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Otro <hr/> <input type="checkbox"/> Ninguna Solo hijo(a) <input type="checkbox"/> Alteración emocional grave	<input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio (anorexia, bulimia, otro) <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave <input type="checkbox"/> Problemas con el consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Otro <hr/> <input type="checkbox"/> Ninguna Solo hijo(a) <input type="checkbox"/> Alteración emocional grave	<input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio (anorexia, bulimia, otro) <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave <input type="checkbox"/> Problemas con el consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Otro <hr/> <input type="checkbox"/> Ninguna Solo hijo(a) <input type="checkbox"/> Alteración emocional grave



	Miembro 1	Miembro 2	Miembro 3
¿Consumes bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Si es así, ¿alguien le comentó que el consumo de alcohol es un problema?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
¿Siente que necesita ayuda por el consumo de drogas o alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
¿Actualmente consume drogas de la calle (por ej., heroína, cocaína) u otros medicamentos que no están recetados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
¿Sufrió una sobredosis en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Fuma cigarrillos, consume tabaco sin humo o usa vaporizador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
¿Le gustaría hablar con alguien para dejar de fumar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia tuvo poco interés o placer en hacer cosas?	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió desanimado, deprimido o desesperanzado?	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días	<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
¿Le gustaría hablar con alguien sobre los servicios de la salud mental o por el consumo de sustancias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene dificultades para realizar estas actividades por su cuenta? Marque todas las que correspondan.	<input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Usar el baño <input type="checkbox"/> Sentarse o levantarse de asientos <input type="checkbox"/> Preparar comidas <input type="checkbox"/> Administrar dinero <input type="checkbox"/> Tomar medicamentos según lo indicado <input type="checkbox"/> Realizar tareas del hogar <input type="checkbox"/> Comprar víveres <input type="checkbox"/> No aplica por la edad del miembro	<input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Usar el baño <input type="checkbox"/> Sentarse o levantarse de asientos <input type="checkbox"/> Preparar comidas <input type="checkbox"/> Administrar dinero <input type="checkbox"/> Tomar medicamentos según lo indicado <input type="checkbox"/> Realizar tareas del hogar <input type="checkbox"/> Comprar víveres <input type="checkbox"/> No aplica por la edad del miembro	<input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Usar el baño <input type="checkbox"/> Sentarse o levantarse de asientos <input type="checkbox"/> Preparar comidas <input type="checkbox"/> Administrar dinero <input type="checkbox"/> Tomar medicamentos según lo indicado <input type="checkbox"/> Realizar tareas del hogar <input type="checkbox"/> Comprar víveres <input type="checkbox"/> No aplica por la edad del miembro



	Miembro 1	Miembro 2	Miembro 3
¿Acudió a la sala de emergencias 3 veces o más en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Fuiste hospitalizado durante más de 2 semanas en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es así, ¿fue por un bebé en la UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Intentó suicidarse en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Fue liberado de la cárcel o prisión en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
¿Quisiera que un administrador de cuidados se comunique con usted para brindarle ayuda con sus problemas de salud, recursos comunitarios o preguntas/inquietudes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Gracias por tomarse el tiempo para responder estas preguntas. ¿Hay algo más que cree que deberíamos saber sobre usted, su hijo(a) o su familia?