

Umpqua Health Alliance está aquí para ayudarlo con su salud. Le hacemos estas preguntas para entender sus necesidades. Puede omitir las preguntas que no se apliquen a su caso. Responda todas las preguntas relacionadas con sus necesidades de coordinación de atención médica. Lo que elija compartir con nosotros lo compartiremos con su equipo de atención, para reducir la necesidad de hacer las mismas preguntas. Las prácticas de privacidad protegen la información recopilada en esta evaluación.

Idiomas y formatos alternativos:

Este formulario está disponible en otros idiomas, letra grande, braille o formatos que se adapten a sus necesidades. También puede pedir un intérprete de idiomas. Llame al 888-788-9821 (TTY/TDD 711).

Puede obtener esta forma en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. También puede solicitar un intérprete. Llame al 541-229-4842 o al TTY 711.

Información personal:

Primer nombre: _____ Apellido: _____

N.º de ID del miembro: _____ Pronombres: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

¿Quiere que le enviemos un correo electrónico o un mensaje de texto? Yes No

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Características personales:

¿Qué idioma preferiría usar para comunicarse con alguien fuera de su casa sobre asuntos importantes como información médica, legal o de salud?

- Inglés Otro: _____
 Español

¿Qué idioma preferiría usar para leer información por escrito importante, como información médica, legal o de salud?

- Inglés Otro: _____
 Español

¿Tiene alguna creencia cultural, religiosa o espiritual que pudiera afectar su atención médica?

- Sí No

¿Cuál es su género? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Niño u Hombre Transgénero
 Niña o Mujer En cuestionamiento/
exploración
 Sin género Se niega a
responder
 No binario
 Otro: _____

¿Cuál es su sexo?

- Femenino Intersexual
 Masculino Se niega a responder
 Otro: _____

¿Cuál es su orientación sexual?

- Asexual Lesbiana
 Bisexual Pansexual
 Homosexual Queer
 Heterosexual En cuestionamiento/
exploración
 Atracción por
personas del mismo género Se niega a
responder
 Otra: _____

Necesidades sociales:

Si rechaza que se evalúen sus necesidades sociales, puede pasar a las necesidades de salud física y dental.

¿Le gustaría que le hagan una evaluación para detectar necesidades sociales?

- Sí No, me niego

¿Qué idioma le resulta más cómodo hablar?

- Inglés Se niega a responder
 Español Otro: _____

¿Es usted hispano o latino?

- Sí No Se niega a responder

¿A qué raza pertenece? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Indio americano o nativo de Alaska Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
 Asiático Blanco
 Negro o afroamericano Se niega a responder
 Otra: _____

¿Le dieron de baja de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?

- Sí No Se niega a responder

¿Es usted un refugiado?

- Sí No Se niega a responder

Durante el último año, ¿usted o sus familiares no han podido obtener alguno de los siguientes servicios cuando lo necesitaron?

- Cuidado infantil Medicina
 Ropa Teléfono
 Comida Servicios públicos
 Atención médica Se niega a responder
(médica, dental, mental, de la vista)
 Otros: _____

¿Cuál es su situación de vivienda actual?

- Tengo vivienda
 No tengo vivienda (Vive con otras personas, en un hotel, en un albergue, en la calle, en la playa, en un coche o en un parque)
 Se niega a responder

¿Está preocupado debido a que puede perder su vivienda?

- Sí No Se niega a responder

¿Con cuántos familiares, incluyéndose usted, vive actualmente?

- Número: _____ Se niega a responder

¿Le ha impedido la falta de un medio de transporte ir a citas médicas, a reuniones, al trabajo o a comprar cosas necesarias para la vida diaria?

(Marque todas las opciones que correspondan)

- Sí, me ha impedido ir a citas médicas o conseguir mis medicamentos.
 Sí, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, citas, trabajo o hacer cosas que necesito.
 Se niega a responder
 No

¿Cuál es el nivel más alto de educación que completó?

- Menos que un diploma de secundaria
 Diploma de escuela secundaria/GED
 Más que la secundaria
 Se niega a responder

¿Cuál es su situación laboral actual?

- Trabajo a tiempo completo
 Trabajo a tiempo parcial o temporal
 Diploma de escuela secundaria/GED
 Desempleado
 Se niega a responder

En algún momento de los últimos dos años, ¿ha sido el trabajo agrícola estacional o para migrantes su principal fuente de ingresos o la de su familia ?

- Sí No Se niega a responder

Durante el año pasado, ¿cuál fue el ingreso total combinado de usted y los familiares con los que vive? *Esta información nos ayudará a determinar si usted es elegible para recibir algún beneficio.*

\$ _____ Se niega a responder

¿Cuál es su seguro principal?

- Ninguno/sin seguro
 CHIP Medicaid
 Medicaid (UHA/OHP)
 Medicare Advantage
 Medicare
 Otro seguro público (CHIP)
 Otro seguro público (No CHIP)
 Seguro privado
 Asuntos de Veteranos (VA)

Durante el último año, ¿pasó usted más de dos noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional de menores?

- Sí No Se niega a responder

El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está perturbada. ¿Qué tan estresado está usted?

- Para nada estresado
 Algo estresado
 Muy estresado
 Un poco estresado
 Bastante estresado
 Se niega a responder

¿Con qué frecuencia ve o habla con personas que le importan y con las que se siente cercano? *(Hablar por teléfono, visitar a amigos o familiares, ir a la iglesia o a las reuniones del club)*

- Menos de una vez a la semana
 1 o 2 veces a la semana
 3 a 5 veces a la semana
 5 o más veces a la semana
 Se niega a responder

¿Se siente física y emocionalmente seguro donde vive actualmente?

- Sí No está seguro
 No Se niega a responder

Durante el último año, ¿ha sentido miedo de su pareja o expareja?

- Sí No está seguro
 No Se niega a responder
 No he tenido pareja en el último año

Necesidades de salud física y dental:

¿Le gustaría que le hagan una evaluación para determinar sus necesidades de salud física y dental?

- Sí No, me niego

¿Le gustaría recibir ayuda con su salud física?

- Sí No

¿Le gustaría recibir ayuda con su salud dental?

- Sí No

¿Con qué frecuencia visita a su proveedor de atención primaria?

- Necesito ayuda para obtener atención primaria
- Cada 6 meses
- Una vez al año
- No sé
- Se niega a responder
- Otra: _____

¿Con qué frecuencia visita a su proveedor de atención dental?

- Necesito ayuda para obtener atención primaria
- Cada 6 meses
- Una vez al año
- No sé
- Se niega a responder
- Otra: _____

¿Tiene usted alguna de las siguientes preocupaciones dentales? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Dolor o malestar al masticar o sensibilidad al calor y al frío
- Dolor dental continuo
- Miedo a la atención dental
- Diente roto
- Caries
- Se niega a responder

En los últimos siete días, ¿necesitó ayuda con alguna de estas actividades diarias? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Bañarse Usar el baño
- Comer Caminar
- Vestirse Tomar u organizar medicamentos
- Aseo personal
- Preparación de comida
- Otras: _____

¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones médicas?

- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD)
- Diabetes Embarazo de alto riesgo
- Enfermedades del corazón Embarazo
- Hepatitis C Tuberculosis VIH/sida
- Otras: _____

Comparado con hace un año, ¿cómo calificaría su salud física en general?

- Excelente Regular
 Muy buena Mala
 Buena

Necesidades de medicamentos:

¿Quiere ayuda con sus medicamentos?

- Sí No, me niego

¿Tiene problemas para tomar sus medicamentos diarios o le gustaría recibir ayuda con sus preocupaciones sobre medicamentos?

- Sí No

¿Tiene alguna de las siguientes preocupaciones sobre sus medicamentos?

- Costo
 Efectos secundarios
 Demasiados medicamentos
 Dificultad para entender las instrucciones
 Cuándo tomarlos

Necesidades de salud conductual:

Comparado con hace un año, ¿cómo calificaría su salud emocional?

- Excelente Regular
 Muy bueno Mala
 Buena

¿Le gustaría hacerse una evaluación de salud conductual y recibir ayuda con su salud mental?

- Sí No está seguro
 No Se niega a responder

¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Bipolar
 Trastorno límite de la personalidad
 Trastorno de la alimentación
 Discapacidad intelectual o del desarrollo
 Trastorno depresivo mayor
 Trastorno por estrés postraumático
 Esquizofrenia
 Trastorno por consumo de sustancias
 Otras: _____

¿Le gustaría recibir ayuda con una discapacidad intelectual o de desarrollo?

- Sí No está seguro
 No Se niega a responder

¿Le gustaría recibir ayuda debido a su consumo de sustancias?

- Sí No está seguro
 No Se niega a responder

¿Consumo productos de tabaco? (cigarrillos, tabaco masticable, rapé, pipas, puros, cigarrillos de vapor)

- Sí No Se niega a responder