**Evaluación de riesgos para la salud**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **Información del miembro** |  |  |  |
| **Nombre y apellidos** |  |  |  |  |  |  |  | **ID de miembro** |  |  | **Fecha de nacimiento** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **Características personales** |  |  |  |
| 1. **¿Desea recibir correos electrónicos o mensajes de texto de nosotros** [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
| 2. **¿Necesita un intérprete para comunicarse con nosotros, necesita avisos en otro formato?**[ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
| 3. **¿Necesita un intérprete de lenguaje de señas para comunicarse con nosotros?**  [ ]  Sí (se necesita tipo) [ ]  No [ ]  No sé |
| 4. **¿Cuál es su idioma hablado preferido?** [ ]  Inglés [ ]  Español [ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5. **¿Cuál es su idioma escrito preferido?** [ ]  Inglés [ ]  Español [ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 6. **¿Cuál es tu orientación sexual?**[ ]  Recta [ ]  Bisexual [ ]  Transgénero [ ]  Asexual [ ]  Gay o lesbiana [ ]  Otro:  |
| 7. **¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad étnica?**[ ]  hispánico [ ]  No hispano [ ]  No sé [ ]  negarse a responder |
| 8. **¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad racial?** **Indio Americano o Nativo de Alaska** [ ] [ ]  Indio Americano[ ]  Nativo de Alaska[ ]  Inuit canadiense, Metis, o Primera Nación[ ]  Nativo Mexicano o Indio [ ]  Centroamericano, o Sudamericana**Asiático** [ ] [ ] India asiática[ ] Chino[ ] Filipino/a[ ] Laosiano[ ] Hmong[ ] Japonés[ ] Coreano[ ] Asia Meridional[ ]  Vietnamita[ ]  Otros asiáticos**Hawaiano nativo o isleño del Pacífico** [ ] [ ]  Guamaniano o Chamorro[ ]  Micronesio[ ]  Hawaiano native[ ] Samoano[ ]  Tongano[ ]  Otro isleño del Pacífico**Hispano o Latino/a** [ ] [ ]  Hispano o latino/a Centroamericana[ ]  Hispano o latino/a Mexicano[ ]  Hispano o latino/a Sudamericana[ ]  Otros hispanos o latino/a**Negros o Afroamericanos** [ ] [ ]  Afroamericano[ ]  Africano (negro)[ ]  Caribe (negro)[ ]  Otro negro**Medio Oriente/Norte de África** [ ] [ ]  Norte de África[ ]  Oriente Medio**Blanco** [ ] [ ]  Europa del Este[ ]  eslavo[ ]  Europa occidental[ ]  Otro**Otras categorías** [ ] [ ]  Otro (sírvase enumerar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  No lo sé[ ]  Declive |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **Familia y hogar** |  |  |  |
| 9.**¿Estás embarazada actualmente? En caso afirmativo, ¿cuándo quieres?**[ ] Sí [ ]  No [ ]  Due Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10. **¿Te han dado de alta de las fuerzas armadas de los Estados Unidos?** [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé11. **¿Es usted o es su familia cercana un veterano?** [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
| 12. **¿Es usted refugiad?** [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
|  |
| 13. **En el último año, ¿usted o cualquier familiar con el que vive no ha podido obtener nada de lo siguiente cuando realmente se necesitaba? Comprueba todo lo que corresponda.**[ ]  Comida [ ]  Ropa [ ]  Utilidades [ ]  Teléfono [ ]  Medicina [ ]  Cuidado infantil [ ]  Visión [ ]  Alojamiento [ ]  Atención médica [ ]  Atención de salud mental [ ]  Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 14. **¿Necesita ayuda o tiene problemas con alguna de estas actividades diarias?** [ ]  Comer [ ]  Vestirse [ ] Arreglo [ ]  Bañarse [ ]  Preparación de alimentos [ ]  Uso del inodoro  [ ]  Caminar o caer con frecuencia [ ]  Subir escalera [ ]  Recordar tareas o eventos [ ]  Concentración [ ]  Toma de decisions [ ]  Haciendo recados solos [ ]  Aprender cosas nuevas [ ]  Comunicar [ ]  Controlar tu comportamiento [ ]  Tomar/organizar medicamentos [ ]  Experimentando delirious [ ]  Tener alucinaciones [ ] Problemas de humor o sentimientos intensos  |
| 15. **Vives en uno de los siguientes lugares?** [ ]  Hogar de ancianos [ ]  Hogar de vida asistida [ ]  Salud conductual en el hogar [ ]  No |
|  16. **¿Cuál es su situación de vivienda?** [ ]  Tengo vivienda [ ]  No tengo alojamiento (quedarme con otros, hotel, refugio, vivir fuera, en un automóvil o en un parque) |
| 17. **¿Te preocupa perder tu vivienda?** [ ]  Sí [ ]  No |
| 18. **¿Con cuántos miembros de la familia, incluido usted mismo, vive actualmente?** (número de escritura):\_\_\_\_\_ |
| 19. **SOLO PARA JÓVENES: ¿Cuál es el arreglo de vida del niño?**  [ ]  Padre/tutor (s) [ ]  Hogar de acogida [ ]  DHS [ ]  Otro (por favor explique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **20. SOLO PARA JÓVENES: ¿Muestra su hijo signos de problemas sociales, emocionales o de comportamiento?**  ☐ Sí ☐ No  |
| **21. SOLO PARA JÓVENES: ¿Su hijo está asistiendo actualmente a la escuela?** ☐ Sí ☐ No |
| **Dinero y Recursos** |
| **22. ¿La falta de transporte le ha impedido citas médicas, reuniones, trabajo o de obtener las cosas necesarias para la vida diaria? Comprueba todo lo que corresponda.** [ ]  Sí, me ha impedido citas médicas o de recibir mis medicamentos [ ]  Sí, me ha mantenido alejada de necesidades no médicas, trabajo o citas  [ ]  No |
| **23. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que has completado?** ☐ Menos de bachillerato ☐ Diploma de secundaria ☐ Más que bachillerato |
| **24. Cuál es tu situación laboral actual?**☐ Trabajo a tiempo parcial o temporal ☐ Trabajo a tiempo completo ☐ Desempleado ☐ Desempleado pero sin buscar trabajo (estudiante, jubilado, discapacitado, cuidador no remunerado) ☐ Otros (explique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **25. En cualquier momento de los últimos 2 años, ¿el trabajo agrícola estacional o migrante ha sido su principal fuente o la de su familia ingresos?** ☐ Sí ☐ No |
| **26. Durante el último año, ¿cuál fue el total de ingresos combinados para usted y los familiares con los que vive? Esta información nos ayudará a determinar si es elegible para recibir algún beneficio.** (cantidad de escritura):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **27. ¿Cuál es su principal seguro médico?**☐ Ninguno/Sin seguro ☐ Medicaid ☐ Otros seguros públicos (CHIP)  ☐ Seguro privado ☐ Medicare ☐ Otros seguros públicos (no CHIP) |
| **28. El año pasado, ¿ha pasado más de 2 noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o correccional de menores?** [ ]  Sí [ ]  No |
| **Salud social y emocional** |
| **29. El estrés ocurre cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está turbulenta. ¿Qué tan estresado estás?** ☐ Para nada ☐ Un poquito ☐ Algo ☐ Bastante ☐ Mucho |
| **30. ¿Con qué frecuencia ves o hablas con personas que te importan y de las que te sientes cerca? (Por ejemplo: hablar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, ir a reuniones de la iglesia o del club)**☐ Menos de una vez a la semana 1 o 2 veces por semana ☐ 3 a 5 veces por semana ☐ Más de 5 veces por semana |
| **31. ¿Te sientes segura física y emocionalmente donde vives actualmente?** ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé |
| **32. En el último año, ¿le has tenido miedo a tu pareja o expareja?** ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé |
| **33. ¿Existe alguna creencia o práctica cultural, religiosa o espiritual que pueda influir en su atención? En caso afirmativo, explique:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Servicios médicos y dentales** |
| **34. ¿Tiene alguna de estas discapacidades?** ☐ Difícil de audición ☐ Sordos ☐ Ciegos ☐ Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **35. ¿Consulta a su proveedor dental cada 6 meses para recibir atención de rutina?** ☐ Sí ☐ No |
| **36. ¿Tiene necesidades de salud elevadas o problemas médicos?** [ ]  No [ ]  Sí (por favor explique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **37. ¿Consume productos de tabaco (cigarrillos, masticables, rapé, pipas, puros, cigarrillos de vapor?)** ☐ Sí ☐ No |
| **38. ¿Tiene algún problema de salud con el que necesite ayuda**? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **39. ¿Recibe ayuda con alguna de las siguientes situaciones?**☐ Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) ☐ Hepatitis C ☐ Enfermedad cardíaca ☐ Diabetes ☐ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) ☐ Tuberculosis VIH/SIDA ☐ Otros (explique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Medicamentos** |
| **40. En los últimos 60 días, ¿ha tenido problemas para recordar tomar algunos o todos los medicamentos?**  ☐ Sí ☐ No |
| **41. En los últimos 60 días, ¿ha evitado tomar un medicamento debido a un efecto secundario, costo, dificultad para entender la dirección u otra preocupación?** ☐ Sí ☐ No |
| **Salud conductual** |
| **42. ¿Necesita ayuda con el consumo de drogas o alcohol?** ☐ Sí ☐ No |
| **43. ¿Tiene una enfermedad mental?** ☐ Sí ☐ No |

Si necesita otro idioma, letra grande, braille, CD, cinta u otro formato, llame a Servicios para miembros al (541) 229-4842 o TTY (541) 440-6304.