**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 nativeSamoano 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 sé  11. **¿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.