

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 541-229-4842 (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 ☐ Se niega a responder
- ☐ 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

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

- ☐ Sí ☐ No ☐ Se niega a responder