



Evaluación integral

Form fields for member name, language, date of evaluation, medical evaluation, and staff initials.

Información del miembro

- 1. ¿Existen problemas de salud que no se hayan analizado?
2. ¿Está interesado en obtener más información sobre alguno de ellos?
3. ¿Alguna vez tuvo problemas para llegar a sus citas programadas?

PARTE UNO: MÉDICA

Información general

4. Tiene antecedentes o problemas con lo siguiente: (marque todas las opciones que corresponda y brinde detalles de las alertas marcadas)

Form fields for medical history: Riesgo de caídas, Demencia/desorientación, Riesgo de fuga, Antecedentes delictivos, Antecedentes de suicidio, Antecedentes de homicidio.

1 | Evaluación integral

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad visual: _____ |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva: _____ |
| <input type="checkbox"/> Toma medicamentos según la receta: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ninguno |

5. ¿Qué dispositivos de asistencia usa actualmente? *(Marque todas las opciones que corresponda).*

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas/silla de ruedas motorizada tipo scooter |
| <input type="checkbox"/> Dentadura postiza | <input type="checkbox"/> Anteojos | <input type="checkbox"/> Audífono |
| <input type="checkbox"/> Prótesis, especifique: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Ninguno

6. ¿Qué actividades diarias no puede completar sin ayuda? *(Marque todas las opciones que corresponda).*

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bañarse/higienizarse | <input type="checkbox"/> Comer | <input type="checkbox"/> Ir al baño | <input type="checkbox"/> Asearse |
| <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Vestirse | <input type="checkbox"/> Lavar la ropa | <input type="checkbox"/> Usar el teléfono |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Preparación de comidas | <input type="checkbox"/> Trabajo doméstico | <input type="checkbox"/> Hacer las compras |
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Administración del dinero | <input type="checkbox"/> Directivas anticipadas | <input type="checkbox"/> Asuntos legales |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Ninguno

Medicamentos

7. ¿Sabe por qué está tomando sus medicamentos recetados? Sí No

8. ¿Tiene algún impedimento para tomar los medicamentos como indica su médico? Sí No

9. ¿Se queda sin medicamentos? Siempre A veces Nunca

10. ¿Tiene algún impedimento para conseguir sus medicamentos? Siempre A veces Nunca

11. ¿Siente que necesita más asistencia con respecto a sus medicamentos? Sí No

10a. En caso afirmativo, ¿qué tipo de ayuda cree que necesita? _____

2 | Evaluación integral

Hospitalizaciones

12. ¿Ha estado en el servicio de urgencias en el último año? Sí No (pase a la pregunta 12)

a. ¿Cuántas veces aproximadamente? _____

b. ¿Por qué motivos (incluidas crisis)? _____

13. ¿Ha sido hospitalizado en el último año? Sí No (pase a la pregunta 17)

14. Por cada ingreso hospitalario en el último año, complete la tabla a continuación.

| Motivo del ingreso (crisis, cirugía, enfermedad, rehabilitación, etc.) | Fecha/año | Lugar | Comentarios |
|---|-----------|-------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Atención a largo plazo

15. ¿Comprende los beneficios de la atención a largo plazo/planificación de vida? Sí No

16. ¿Tiene dispuesta alguna de las siguientes directivas anticipadas? (Marque todas las opciones que corresponda).

- Apoderado para decisiones médicas Órdenes médicas para el tratamiento de soporte vital
 Poder de representación Testamento en vida
 Ninguno

17. ¿Desea obtener más información sobre la atención a largo plazo o las directivas anticipadas?
 Sí No

PARTE DOS: PSICOSOCIAL

Tratamiento de salud mental

18. ¿Actualmente recibe algún tratamiento de salud mental? Sí No

En caso negativo, complete el cuestionario MMS

19. ¿Tiene antecedentes de tratamiento de salud mental? Sí No (pase a la pregunta 21)

20. Si corresponde, complete la siguiente tabla respecto de los **tres tratamientos ambulatorios más recientes**.

| Nombre del prestador (si el miembro puede recordarlo) | Motivo del tratamiento ambulatorio | Fecha/año |
|--|------------------------------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

21. Si corresponde, complete la siguiente tabla respecto de los **tres tratamientos hospitalarios más recientes**.

| Nombre del prestador (si el miembro puede recordarlo) | Motivo del tratamiento hospitalario | Fecha/año |
|--|-------------------------------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

Consumo de sustancias y tratamiento

22. ¿Actualmente consume alguna sustancia? Sí No

| Sustancia | Cantidad | Frecuencia |
|-----------|----------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |

23. ¿Consumió sustancias en el pasado o dejó sustancias que solía consumir?

Sí No

| Sustancia | Cantidad | Frecuencia |
|-----------|----------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |

24. Si respondió "sí" a la pregunta 21 o 22: ¿Experimentó períodos de sobriedad o abstinencia? En caso afirmativo, ¿cuándo y durante cuánto tiempo?

Sí No

| Fechas de sobriedad | Cuánto se prolongó la sobriedad |
|---------------------|---------------------------------|
| | |
| | |
| | |

25. Si respondió "sí" a la pregunta 23: ¿Qué habilidades o estrategias contra recaídas o de prevención está usando o le han dado resultado?

Personas Lugares Cosas A.A. / N.A Asistencia con medicamentos Otras, especifique: _____

26. ¿Tiene antecedentes de tratamiento por abuso de sustancias? Sí No

27. Si corresponde, complete la siguiente tabla respecto de sus antecedentes de tratamiento por abuso de sustancias.

| Nombre del prestador/establecimiento (si el miembro puede recordarlo) | Duración del tratamiento | Año | Nivel de atención (Paciente hospitalizado, paciente ambulatorio, desintoxicación) | ¿Finalizó el tratamiento con o sin éxito? |
|--|--------------------------|-----|--|---|
| | | | <input type="checkbox"/> Hosp. <input type="checkbox"/> Amb. <input type="checkbox"/> Desintoxicación | <input type="checkbox"/> Con éxito <input type="checkbox"/> Sin éxito |
| | | | <input type="checkbox"/> Hosp. <input type="checkbox"/> Amb. <input type="checkbox"/> Desintoxicación | <input type="checkbox"/> Con éxito <input type="checkbox"/> Sin éxito |
| | | | <input type="checkbox"/> Hosp. <input type="checkbox"/> Amb. <input type="checkbox"/> Desintoxicación | <input type="checkbox"/> Con éxito <input type="checkbox"/> Sin éxito |
| | | | <input type="checkbox"/> Hosp. <input type="checkbox"/> Amb. <input type="checkbox"/> Desintoxicación | <input type="checkbox"/> Con éxito <input type="checkbox"/> Sin éxito |
| | | | <input type="checkbox"/> Hosp. <input type="checkbox"/> Amb. <input type="checkbox"/> Desintoxicación | <input type="checkbox"/> Con éxito <input type="checkbox"/> Sin éxito |

Tras finalizar con las preguntas relacionadas con abuso de sustancias, indíquelo al paciente que complete el cuestionario CAGE-AID. Todos deben completar este cuestionario, independientemente de las respuestas a las preguntas anteriores.

Examen de VIH

28. ¿Está familiarizado con la forma en que se transmite el VIH y las técnicas de prevención? Sí No
La persona tiene conocimiento sobre:
- | | |
|--|---|
| Transmisión básica del VIH | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo puede determinar |
| Sexo más seguro/Usos de preservativos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo puede determinar |
| Uso compartido de agujas y jeringas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo puede determinar |
| Efectos de las drogas/Consumo de alcohol de riesgo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo puede determinar |
29. ¿Desea ser derivado a un prestador para que pueda brindarle más información o educación sobre el VIH? Sí No
30. ¿Desea ser derivado para que se le realice una prueba de VIH? Sí No
31. ¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones en los últimos tres meses?
- | | |
|--|---|
| Enfermedad de transmisión sexual reciente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder |
| Encarcelamiento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder |
| Sexo a cambio de drogas o dinero | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder |
| Uso compartido de agujas y jeringas con otras personas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder |

Consumo de nicotina

32. Seleccione todas las opciones que se apliquen a su consumo actual de nicotina u otros productos relacionados:
- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mascar tabaco diariamente | <input type="checkbox"/> Consume rapé diariamente | <input type="checkbox"/> Fuma diariamente | <input type="checkbox"/> Utiliza vaporizador diariamente |
| <input type="checkbox"/> Mascaba tabaco en el pasado | <input type="checkbox"/> Consumía rapé en el pasado | <input type="checkbox"/> Fumaba en el pasado | <input type="checkbox"/> Utilizaba vaporizador en el pasado |
| <input type="checkbox"/> Consumidor social de tabaco de mascar | <input type="checkbox"/> Consumidor social de rapé | <input type="checkbox"/> Fumador social | <input type="checkbox"/> Consumidor social de vaporizador |
| <input type="checkbox"/> Nunca consumió | <input type="checkbox"/> Intenta dejarlo | <input type="checkbox"/> Terapia de reemplazo (por ejemplo, goma de mascar, parche, etc.) | <input type="checkbox"/> Consumidor de diversos productos de tabaco |
33. Seleccione todas las opciones que se apliquen a su consumo pasado de nicotina u otros productos relacionados.
- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mascar tabaco diariamente | <input type="checkbox"/> Consume rapé diariamente | <input type="checkbox"/> Fuma diariamente | <input type="checkbox"/> Utiliza vaporizador diariamente |
| <input type="checkbox"/> Mascaba tabaco en el pasado | <input type="checkbox"/> Consumía rapé en el pasado | <input type="checkbox"/> Fumaba en el pasado | <input type="checkbox"/> Utilizaba vaporizador en el pasado |
| <input type="checkbox"/> Consumidor social de tabaco de mascar | <input type="checkbox"/> Consumidor social de rapé | <input type="checkbox"/> Fumador social | <input type="checkbox"/> Consumidor social de vaporizador |
| <input type="checkbox"/> Nunca consumió | <input type="checkbox"/> Intenta dejarlo | <input type="checkbox"/> Terapia de reemplazo (por | <input type="checkbox"/> Consumidor de diversos |

6 | Evaluación integral

ejemplo, goma de mascar, parche, productos de tabaco
etc.)

34. Si corresponde, ¿está interesado en intentar dejar de fumar? Sí No

Educación y empleo

35. ¿Está actualmente inscrito en un programa educativo? Sí No

a. En caso afirmativo, explique. _____

36. ¿Tiene alguna meta educativa? Sí No

a. En caso afirmativo, explique. _____

b. ¿Cuáles son los impedimentos o las inquietudes en torno a estas metas? _____

37. Cuénteme sobre sus antecedentes laborales. _____

38. ¿Tiene alguna meta laboral? Sí No

a. En caso afirmativo, explique. _____

b. ¿Cuáles son los impedimentos o las inquietudes en torno a estas metas? _____

39. ¿Es o ha sido alguna vez voluntario en algún lugar? Sí No

a. En caso afirmativo, cuénteme sobre esa experiencia. _____

b. En caso negativo, ¿está interesado en el trabajo voluntario? Sí No

Relaciones interpersonales

40. ¿Tiene un cuidador? Sí No (pase a la pregunta 38)

(Asegúrese de obtener el consentimiento mediante el formulario DOH 5055 para un cuidador si el miembro desea otorgarlo).

a. En caso negativo, si necesitara ayuda en el futuro ¿tiene un cuidador que lo ayude? Sí No

41. En caso afirmativo, ¿quién es su cuidador y con qué frecuencia está disponible para usted?

| Nombre | Relación | Número de teléfono | Frecuencia (especifique si es en horas, días o semanas) | ¿Vive en la ciudad? | ¿Estará disponible en el futuro? |
|--------|----------|--------------------|--|---|---|
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

42. ¿Se siente seguro en su entorno familiar actual? Siempre A veces Nunca No está seguro

a. Si respondió a veces o nunca, explique los motivos:

43. ¿Se siente seguro viviendo solo? Siempre A veces Nunca No está seguro El miembro no vive solo

a. Explique qué lo hace sentir inseguro, si corresponde: _____

44. ¿Se siente seguro en su relación actual? Siempre A veces Nunca No está seguro El miembro no está en una relación

a. Explique qué lo hace sentir inseguro, si corresponde: _____

45. ¿Actualmente trabaja o ha trabajado con algún prestador o apoyo para la violencia doméstica? Sí

No (En caso afirmativo, complete la tabla a continuación).

| Agencia | Nombre del prestador (si el miembro puede recordarlo) | Número de teléfono del prestador (si el miembro puede recordarlo) | Fecha/año |
|---------|--|--|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

PARTE TRES: BENEFICIOS

46. ¿Cuáles son sus fuentes de ingresos actuales?

(Marque todas las opciones que corresponda y especifique el importe mensual).

| Fuente | Importe por mes | Fuente | Importe por mes |
|--|-----------------|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Empleo | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Asistencia temporal en efectivo | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro de ingreso suplementario (SSI)/Seguro de discapacidad del SS (SSD) | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Asistencia para el pago de la renta/Subsidio para la vivienda del Departamento de Servicios Sociales | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)/Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Otra: _____ | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensión alimentaria infantil | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Otra: _____ | \$ _____ |

Resumen

47. ¿Cuáles diría que son sus fortalezas? _____

48. ¿Cuáles diría que son sus debilidades? _____

49. De todos los temas sobre los que hablamos hoy, ¿cuáles diría que son los más importantes para usted en este momento? _____

Información del Coordinador de Atención

50. ¿Cómo describiría el desempeño cognitivo del miembro durante el proceso de evaluación?

- Está alerta u orientado; es capaz de concentrarse y cambiar el foco de atención; comprende y recuerda la indicación de manera independiente.
- Necesita indicaciones (pistas, repetición, recordatorios) solo en situaciones de estrés o condiciones que no son familiares.
- Necesita asistencia y alguna indicación en situaciones específicas (por ejemplo, en todas las tareas que implican cambiar el foco de atención) o necesita constantemente un entorno de bajos estímulos por las distracciones.
- Necesita asistencia considerable en situaciones cotidianas. No está alerta ni orientado o no es capaz de desviar el foco de atención y recordar las indicaciones más de la mitad del tiempo.
- Es totalmente dependiente debido a alteraciones como desorientación constante, estado de coma, estado vegetativo persistente o delirio.