

Evaluación Integral de la Administración Mejorada de la Atención

Información básica

Esta evaluación se diseñó como una herramienta para que usted, el/la administrador/a de atención principal, evalúe las necesidades de salud del/de la afiliado/a y lo/a ayude a participar en el beneficio de Administración Mejorada de la Atención (por sus siglas en inglés, ECM). En el día de hoy y durante las primeras tres visitas, usted y el/la afiliado/a completarán juntos/as esta evaluación, y a partir de ella desarrollarán objetivos y pasos siguientes que respalden el bienestar y la salud general del/de la afiliado/a.

Indique si utilizó alguno de los siguientes instrumentos, completó evaluaciones o herramientas recientemente para complementar esta evaluación.

El administrador de atención principal debe incluir hallazgos de todas las evaluaciones disponibles. Las evaluaciones no reemplazan esta evaluación integral, pero deben complementar el desarrollo del plan de atención.

ACE o PEARLS Sí. Fecha de realización: _____ No N/A

Si no se completó la sección de experiencias adversas en la niñez (por sus siglas en inglés, ACE): consultar al proveedor de atención primaria o trabajador social para la evaluación.

Herramienta de Evaluación de Necesidades¹ Sí. Fecha de realización: _____ No N/A

Evaluación del Programa de Servicios Perinatales Integrales (por sus siglas en inglés, CPSP) Sí. Fecha de realización: _____ No N/A

Evaluación de riesgo de salud (con intervención del sistema de justicia) Sí. Fecha de realización: _____ No N/A

Nuevo ingreso al plan de atención (con intervención del sistema de justicia) Sí. Fecha de realización: _____ No N/A

Otro/s (indique la fecha de realización):

¹ La Herramienta de Evaluación de Necesidades la utiliza el Departamento de Salud Mental.

Sección 1. Datos demográficos		
1. Fecha de hoy:	2. Nombre del paciente:	
3. Fecha de nacimiento:	4. Identificación de Medi-Cal:	5. Fecha en que elige participar de la ECM: _____ <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Por escrito <input type="checkbox"/> N/A; derechos adquiridos a través del Programa de Casas de Salud/Programa de Atención Integral a la Persona
6. Población objetivo (según se identifica en el formulario de remisión/autorización): <input type="checkbox"/> Actualmente sin hogar <input type="checkbox"/> Familias sin hogar <input type="checkbox"/> En riesgo de visitas evitables al hospital o la sala de emergencias <input type="checkbox"/> Con necesidades graves de salud mental/trastorno por abuso de sustancias <input type="checkbox"/> En transición desde la prisión <input type="checkbox"/> Vive en una comunidad con riesgo de institucionalización para atención a largo plazo <input type="checkbox"/> Residentes de centros de enfermería en transición a la comunidad <input type="checkbox"/> Equidad en el nacimiento		
7. ¿Hay algún otro familiar inscrito en la ECM? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Se niega a responder		
8. Si la respuesta es "Sí", indique el nombre, la relación con el/la afiliado/a y el proveedor de ECM del familiar:		
9. Nombre o pronombre que prefiere:	10. Identificación de género:	
11. Idioma escrito u oral preferido:	12. Necesita un intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, indique el idioma:	
13. Nacionalidad/tribu/origen étnico (Marque todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro:		

* CalViva Health es un plan de salud con licencia en California que brinda servicios a las personas inscritas en Medi Cal en los condados de Fresno, Kings y Madera. CalViva Health tiene contrato con Health Net Community Solutions, Inc. para coordinar y prestar servicios dentro de la red. * Health Net Community Solutions, Inc. es una subsidiaria de Health Net, LLC y Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todas las demás marcas comerciales/marcas de servicio identificadas continúan siendo propiedad de sus respectivas compañías. Todos los derechos reservados.

Sección 1. Datos demográficos (continuación)		
14. Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Se niega a responder		15. ¿Es veterano/recibió la baja de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder
16. Teléfono fijo:	17. Teléfono celular:	18. Dirección de correo electrónico:
19. ¿Adónde quiere recibir correspondencia? (incluya la dirección física y el tipo de ubicación, por ejemplo, hogar, casa de un amigo, oficina del Departamento de Servicios Sociales Públicos, etc.)		20. ¿Acepta el contacto en persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Recordatorio: La forma de contacto preferida para la ECM es en persona).</i> Si la respuesta es No , ¿qué método de contacto prefiere? <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje de texto
21. Ubicación de contacto que prefiere (¿Se siente cómodo/a con las reuniones en su hogar? ¿Por lo general, dónde le gustaría reunirse?):		
22. ¿Hay alguna persona o ubicación a quien podamos contactar si necesitamos comunicarnos con usted? (Indique la relación con la persona y la información de contacto o la dirección de la ubicación y la descripción; por ejemplo, refugio).		

Sección 2. Cultura
1. ¿Tiene alguna creencia cultural, religiosa o espiritual que sea importante para la salud y el bienestar de su familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder Si la respuesta es sí, describa:

Sección 3. Salud física
1. En general, ¿cómo describiría su salud?: <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Se niega a responder ¿Podría darme más información sobre el motivo por el que eligió esta calificación:
2. Comparada con un (1) año atrás, ¿cómo es su salud?: <input type="checkbox"/> Mucho mejor <input type="checkbox"/> Algo mejor <input type="checkbox"/> Más o menos igual <input type="checkbox"/> Algo peor <input type="checkbox"/> Mucho peor ahora que hace un (1) año <input type="checkbox"/> Se niega a responder Comentarios sobre el motivo por el que eligió esa calificación:
3. ¿Cuántas veces visitó la sala de emergencias en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 veces o más <input type="checkbox"/> No lo recuerda/No está seguro/a <input type="checkbox"/> Se niega a responder Comentarios:
4. ¿Cuántas veces acudió como paciente al hospital en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 veces o más <input type="checkbox"/> No lo recuerda/No está seguro/a <input type="checkbox"/> Se niega a responder Comentarios:
5. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces estuvo en un hogar de reposo o en un centro de atención de rehabilitación o recuperación? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces o más <input type="checkbox"/> Se niega a responder Comentarios (especifique el entorno):
6. ¿Conoce quiénes son sus proveedores de atención de salud asignados habitualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de los proveedores o clínicas y números de teléfono:
Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo fue la última vez que consultó a su médico habitual? <input type="checkbox"/> Hace menos de 3 meses <input type="checkbox"/> Hace menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Entre 6 y 12 meses <input type="checkbox"/> Hace más de 1 año <input type="checkbox"/> No está seguro/a

Sección 3. Salud física (continuación)

7. ¿Tiene un proveedor para la salud de la mujer? Sí No N/A

Nombre del proveedor o clínica y número de teléfono:

8. ¿Fue a una consulta dental en los últimos 12 meses? Sí No No está seguro/a Se niega a responder

Nombre del dentista y número de teléfono:

9. ¿Tiene algún problema para comer (por ejemplo, para masticar o tragar o falta de apetito)?

Comentarios:

10. ¿Un médico o proveedor de salud le diagnosticó alguna afección médica? Sí No

Si la respuesta es sí, incluya la/s fecha/s estimada/s del/de los diagnóstico/s: _____

Si la respuesta es sí, marque todas las opciones que correspondan:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis o dolor crónico | <input type="checkbox"/> Diabetes de tipo 2 | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Asma (dificultad para respirar) | <input type="checkbox"/> Prediabetes | <input type="checkbox"/> Discapacidad física, paraplejía, cuadriplejía o amputación |
| <input type="checkbox"/> Inflamación de los tobillos o las piernas | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos (ataque cardíaco, dolor en el pecho) | <input type="checkbox"/> Fracturas recientes |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer, demencia o pérdida de la memoria | <input type="checkbox"/> VIH/sida | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hepatitis (problemas de hígado) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> EPOC, enfisema o bronquitis (problemas respiratorios) | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Trasplante: _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta) | <input type="checkbox"/> Antecedentes de tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Problemas urinarios |
| <input type="checkbox"/> Diabetes de tipo 1 | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | |
| <input type="checkbox"/> Otras afecciones no enumeradas arriba (incluidas heridas que requieren atención): | | |

11. ¿Tiene problemas de la vista? Sí No

Si la respuesta es sí, describa:

12. Si tiene diabetes, ¿se realizó un examen de la vista para personas con diabetes el último año?

Sí No N/A

13. ¿Tiene problemas de audición? Sí No

Si la respuesta es sí, describa:

Atención preventiva

14. ¿Le administraron alguna de las siguientes vacunas?

- Contra la COVID-19: Sí (fecha, si la conoce): _____ No No está seguro/a
- Contra la gripe: Sí (fecha, si la conoce): _____ No No está seguro/a
- Contra el tétanos: Sí (fecha, si la conoce): _____ No No está seguro/a
- Contra la neumonía: Sí (fecha, si la conoce): _____ No No está seguro/a
- Contra el herpes zóster: Sí (fecha, si la conoce): _____ No No está seguro/a
- Otras (indique las fechas, si las conoce):

15. ¿Tiene preguntas o necesita ayuda para recibir las vacunas? Sí No

16. ¿Se realizó los siguientes exámenes de detección o pruebas?

- Colonoscopia (en los últimos 5 años) Mamografía (en los últimos 2 años)
- Examen de Papanicolaou (en los últimos 3 a 5 años) Examen de densidad ósea
- Control del azúcar en sangre (HbA1C, en los últimos 12 meses)
- Prueba de función renal/fecha: _____ Examen de los ojos/fecha: _____

Sección 4. Medicamentos

1. **Podría indicarme qué medicamentos** (incluidos anticonceptivos, medicamentos de venta libre, vitaminas, etc.) **toma en la actualidad.** *Si necesita más espacio, utilice el reverso de esta evaluación o los espacios en blanco disponibles. Además, si conoce los nombres y las dosis de los medicamentos, intente incluir la información general que pueda (por ejemplo, medicamentos para la diabetes o para la presión arterial alta).*

Nombre del medicamento	Frecuencia (cada cuánto)	Forma de administración (vía)	Dosis

Adjunte una lista de los medicamentos adicionales.

2. **¿Tiene alguna dificultad para obtener o surtir los medicamentos?** Sí No

Si la respuesta es **sí**, indique cuál:

3. **A veces las personas se olvidan de tomar los medicamentos. Piense en la última semana, ¿hubo algún día en que no tomó los medicamentos como se los recetaron?** Sí No

Si la respuesta es **sí**, describa qué le impidió hacerlo:

4. **¿Necesita ayuda para tomar los medicamentos?** Sí No N/A Se niega a responder

Sección 5. Actividades de la vida cotidiana

1. **¿Necesita ayuda con alguna de estas actividades?**

Bañarse o ducharse Sí No

Comentarios:

Subir las escaleras Sí No

Comentarios:

Comer Sí No

Comentarios:

Vestirse Sí No

Comentarios:

Cepillarse los dientes, peinarse, afeitarse Sí No

Comentarios:

Preparar comidas o cocinar Sí No

Comentarios:

Levantarse de la cama o la silla Sí No

Comentarios:

Hacer las compras y obtener alimentos Sí No

Comentarios:

Ir al baño Sí No

Comentarios:

Caminar Sí No

Comentarios:

Lavar los platos o lavar la ropa Sí No

Comentarios:

Emitir cheques o llevar el control del dinero Sí No

Comentarios:

Trasladarse al consultorio del médico o visitar amigos

Sí No Comentarios: _____

Realizar las tareas del hogar o de jardinería Sí No

Comentarios:

Visitar a familiares o amigos Sí No

Comentarios:

Usar el teléfono Sí No

Comentarios:

Llevar el control de las citas Sí No

Comentarios:

2. **Si la respuesta es "Sí" para cualquiera de las actividades anteriores, ¿recibe toda la ayuda que necesita para ellas?**

Sí No

Comentarios:

3. **¿Se cayó en el último mes?** Sí No

4. **¿Tiene miedo de caerse?** Sí No

Comentarios:

5. **¿Sus amigos o familiares se preocupan por su capacidad para cuidar de usted mismo/a?** Sí No

Si la respuesta es "sí", consulte con el asesor clínico y el supervisor.

Comentarios:

Sección 5. Actividades de la vida cotidiana (continuación)			
6. ¿Utiliza o necesita alguno de los siguientes elementos? (Marque todas las opciones que correspondan).			
<input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Dispositivo de audición <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita
<input type="checkbox"/> Teléfono de texto o TTY (<i>soporte visual</i>) <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Barras de apoyo <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Asiento de inodoro elevado <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita
<input type="checkbox"/> Sonda de alimentación <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Suplementos alimenticios <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Cama hospitalaria <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita
<input type="checkbox"/> Oxígeno <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Suministros para ostomía <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Dispositivo de presión positiva continua en la vía aérea o de presión positiva de dos niveles en la vía aérea <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Suministros para la diabetes <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita
<input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Aparador <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Catéter urinario <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Infusiones intravenosas de medicamentos <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita
<input type="checkbox"/> Suministros para incontinencia <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Suministros para traqueotomía/aspiración <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Dispositivo de elevación (<i>para trasladarse</i>) <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita
Comentarios:			

Sección 6. Control del dolor
1. ¿Tiene algún dolor? <input type="checkbox"/> Sí (responda debajo) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder
2. En la última semana, ¿en qué medida el dolor interfirió con sus actividades regulares (incluidos los trabajos fuera y dentro del hogar)? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Se niega a responder

Sección 7. Embarazo y posparto
<input type="checkbox"/> N/A para la sección 7. Embarazo y posparto (<i>por ejemplo, no en edad reproductiva, etc.</i>) (pase a la sección 8)
1. ¿Está embarazada en este momento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder Comentarios:
2. ¿Dio a luz en los últimos 12 meses? Incluye parto natural vivo, parto de un feto muerto, aborto espontáneo (<i>por sus siglas en inglés, SAB</i>) o aborto inducido por motivos médicos (<i>por sus siglas en inglés, TAB</i>). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder Comentarios:
3. ¿Planea quedar embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está segura <input type="checkbox"/> Se niega a responder Comentarios:
Si la respuesta es "Sí" a si está embarazada, debe responder las siguientes preguntas. <input type="checkbox"/> N/A
4. ¿Cuántos meses de embarazo tiene? _____ <input type="checkbox"/> No está segura <input type="checkbox"/> Se niega a responder
5. Fecha de parto: _____ <input type="checkbox"/> No está segura <input type="checkbox"/> Se niega a responder
6. ¿Le informaron que tiene más de un bebé en gestación? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No está segura <input type="checkbox"/> Se niega a responder
7. ¿Tiene los siguientes planes para el embarazo, el trabajo de parto y el parto? A. Plan de nacimiento <input type="checkbox"/> Tiene <input type="checkbox"/> No tiene, pero quiere tenerlo <input type="checkbox"/> No tiene y no quiere tenerlo B. Tipo de parto que desea: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Natural (sin medicamentos/sin epidural) <input type="checkbox"/> Por cesárea <input type="checkbox"/> Parto vaginal después de una cesárea C. Lugar del parto: _____

Sección 7. Embarazo y posparto (continuación)

- D. Clases de preparación para el parto: Tiene No tiene, pero quiere tenerlas No tiene y no quiere tenerlas
- E. Persona/s que asistirá/n en el parto (incluidas doulas): Tiene No tiene, pero quiere tenerla/s
 No tiene y no quiere tenerla/s
 Si tiene, indique quién/es: _____
- F. Inicio del trabajo de parto: Cuándo llamar a alguien o ir al lugar del parto:
 Sabe lo que debe hacer Necesita ayuda con esto
- G. Objetivos/planes para trasladarse al hospital: Tiene No tiene, pero quiere tenerlos
 No tiene y no quiere tenerlos
- H. Objetivos/planes de cuidado de niños para los otros hijos: Tiene No tiene, pero quiere tenerlos
 No tiene y no quiere tenerlos N/A
- I. Planes para la lactancia materna: Tiene No tiene, pero quiere tenerlos No tiene y no quiere tenerlos
- Comentarios:

Si la respuesta es "Sí" a si dio a luz* en los últimos 12 meses, debe responder las siguientes preguntas. N/A

* Incluye parto natural vivo, parto de un feto muerto, aborto espontáneo (por sus siglas en inglés, SAB) o aborto inducido por motivos médicos/aborto terapéutico (por sus siglas en inglés, TAB).

8. ¿Tuvo algún problema con el parto? Sí No Se niega a responder

Comentarios:

9. ¿Tiene/n su/s bebé/s alguna necesidad especial de atención de salud?

Sí* No No está segura N/A (p. ej., parto de un feto muerto, SAB o TAB)

Comentarios:

10. ¿Necesita algún apoyo para la salud mental a causa de su experiencia en el parto?

Sí* No Se niega a responder

Comentarios:

* Nota: Considere las conexiones necesarias para el bebé, como los Servicios para Niños de California o los servicios de Administración Mejorada de la Atención.

11. ¿Qué es lo que disfruta más de su nuevo bebé? _____

12. ¿Cuál es el mayor desafío? _____

N/A Se niega a responder

13. ¿Se están adaptando los miembros de su familia al bebé? Sí No N/A Se niega a responder

Comentarios:

14. ¿Está amamantando? Sí No N/A Se niega a responder

15. Si la respuesta es "No", ¿le gustaría o planea hacerlo? Sí No No está segura Se niega a responder

Si la respuesta a una de estas preguntas es sí:

A. ¿Siente que necesita ayuda para amamantar? Sí No Se niega a responder

B. ¿Necesita un sacaleches? Sí No Se niega a responder

16. ¿Tiene alguna inquietud sobre la alimentación de su bebé (lactancia, alimentación con biberón)?

Sí No N/A Se niega a responder

Comentarios:

Si la respuesta es "Sí" a si está embarazada o si dio a luz en los últimos 12 meses, debe completar lo siguiente.

N/A (p. ej., si el embarazo terminó en un parto de un feto muerto, SAB o TAB, o solo haga las preguntas que correspondan).

17. Cuándo fue la cita prenatal o posparto más reciente: _____

No está segura Se niega a responder No ha tenido una cita

Incluya comentarios:

18. Cuándo es la próxima cita prenatal o posparto: _____

No está segura Se niega a responder No tiene una cita programada

19. ¿El médico le dijo que hay problemas de salud que requieren un seguimiento? Sí No No está segura

Si la respuesta es sí, ¿necesita ayuda para hacer el seguimiento de esos problemas? Sí No No está segura

Comentarios:

Sección 7. Embarazo y posparto (continuación)

20. ¿Se siente contenida en su embarazo/durante el posparto?

- Sí No No está segura Se niega a responder

Comentarios:

Según la respuesta, consulte con el asesor clínico y el supervisor si es necesario para ayudar con el seguimiento.

21. ¿Hay fumadores cerca de usted o de su bebé? Sí No Se niega a responder

Si la respuesta es sí, ¿habló sobre esto con su proveedor? Sí No No está segura Se niega a responder

22. Necesita alguno de los siguientes durante el embarazo o la atención de posparto: (Marque todas las opciones que correspondan).

- Educación o recursos sobre embarazo o posparto (cambios corporales, crecimiento del bebé, molestias en el posparto, cuidado personal después del embarazo, etc.)
- Educación o recursos sobre planificación familiar o anticoncepción
- Educación o recursos sobre la salud del bebé (nutrición, hitos del desarrollo, seguridad del sueño)
- Educación o recursos sobre vacunas para la madre y el bebé
- Educación o recursos sobre habilidades para la crianza o clases de crianza
- Artículos esenciales para el bebé (cuna, pañales, fórmulas, biberones, sacaleches, ropa, frazadas y otros suministros)
- Asiento para automóvil
- Encontrar cuidado de niños o ayuda para pagarlo
- Otro:
- Se niega a responder

23. ¿Tiene un médico para su bebé? Sí No N/A Se niega a responder

Si la respuesta es sí, indique el nombre del proveedor y el n.º de teléfono:

24. ¿Cuándo (día y mes) llevó al bebé por última vez a la consulta con el médico? _____

- No está segura N/A Se niega a responder

25. ¿El médico le dijo que hay problemas de salud del bebé que requieren un seguimiento?

- Sí No No está segura

Si la respuesta es sí, ¿necesita ayuda para hacer el seguimiento de alguno de esos problemas?

- Sí No No está segura

26. ¿Tiene un dentista para su bebé? Sí No N/A (*no tiene dientes y es menor de 1 año*)

- Se niega a responder

Si la respuesta es sí, indique el nombre del proveedor y el n.º de teléfono:

Fecha de la última consulta (si la conoce, o una fecha aproximada):

27. Escala de depresión posparto de Edimburgo (por sus siglas en inglés, EPDS)

- Se niega a completarla (motivo, si lo informa): _____

- **Solicite a la afiliada que complete** el cuestionario aquí:

[https://www.mcpapformoms.org/Docs/EdinbPostDepScale%20english%20no%20numbers.pdf](https://www.mc papformoms.org/Docs/EdinbPostDepScale%20english%20no%20numbers.pdf).

La afiliada debe completar el cuestionario por su cuenta, a menos que tenga conocimiento limitado del inglés o dificultad para leer.

Puntaje:

- Puntaje de 9 o mayor: Consulte con el asesor clínico y el supervisor.
- Puntaje de 13 o mayor: Consulte con el asesor clínico y el supervisor e inicie la remisión a salud del comportamiento.
- Puntaje positivo (1, 2 o 3) en la pregunta 10: Se requiere análisis inmediato. Consulte con el asesor clínico y el supervisor e inicie la remisión a salud del comportamiento.

Sección 8. Salud del comportamiento

Antecedentes de salud mental

1. **¿Alguna vez el proveedor de atención de salud o proveedor de salud mental le diagnosticó una afección de salud mental (incluida depresión o ansiedad posparto)?** Sí No No está seguro/a Se niega a responder

Comentarios:

Si la respuesta es "Sí", ¿qué le diagnosticaron?: Depresión Trastorno bipolar Esquizofrenia

Ansiedad Trastorno de estrés postraumático Otro/s: _____

Se niega a responder

Comentarios:

Si la respuesta es "Sí", ¿fue hospitalizado por motivos psiquiátricos? Sí No No está seguro/a

Se niega a responder

Si la respuesta es "Sí", indique la/s fecha/s, motivo/s, resultado/s, ubicación/ubicaciones:

Si la respuesta es "Sí", ¿recibió tratamiento ambulatorio? Sí No No está seguro/a

Se niega a responder

Si la respuesta es "Sí", indique la/s fecha/s, motivo/s, resultado/s, ubicación/ubicaciones:

Si la respuesta es "Sí", ¿recibió algún otro tipo de tratamiento? Sí No No está seguro/a

Se niega a responder

Si la respuesta es "Sí", describa:

2. **¿Puede proporcionar la información de contacto del proveedor de salud mental actual o anterior?**

Nombre del proveedor: _____ N.º de contacto: _____

3. **¿En el último mes (30 días), ¿cuántos días se sintió solo/a?** (Marque una opción).

Ninguno, nunca me siento solo/a Menos de 5 días Más de la mitad de los días (más de 15)

Casi todos los días, siempre me siento solo/a Se niega a responder

Depresión

Las siguientes son preguntas del Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ), n.º 1, 2 y 9.

No se completa porque se completó la EPDS anteriormente.

4. **Durante las últimas dos semanas, ¿qué tan seguido lo/a han afectado cualquiera de los siguientes problemas?**

a. Poco interés o placer en hacer las cosas

Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

b. Se ha sentido decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a

Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

c. Ha pensado que estaría mejor muerto/a o se le ha ocurrido lastimarse

Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

Si marca "Varios días" o más en cualquiera de las opciones, consulte con el asesor clínico y el supervisor.

Ansiedad

Las siguientes son preguntas del Cuestionario de 2 elementos sobre trastorno de ansiedad generalizada [GAD-2].

5. **Durante las últimas dos semanas, ¿qué tan seguido lo/a han afectado cualquiera de los siguientes problemas?**

a. Se ha sentido nervioso/a, ansioso/a o inquieto/a

Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

b. Ha sentido que no puede dejar de preocuparse o controlar sus preocupaciones

Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

Si marca "Varios días" o más en cualquiera de las opciones, consulte con el asesor clínico y el supervisor.

Sección 8. Salud del comportamiento (continuación)

Trauma y factores estresantes

6. En ocasiones, las personas experimentan sucesos inusual o particularmente aterradores, horribles o traumáticos que tienen un efecto en su vida cotidiana. ¿Le interesa recibir ayuda al respecto (p. ej., remisiones a un profesional de salud del comportamiento, grupos de apoyo, desarrollo de habilidades de afrontamiento, etc.)?

Sí No Se niega a responder

Comentarios:

Funcionamiento cognitivo

7. ¿Ha habido cambios en la forma en que piensa, recuerda o toma decisiones? Sí No

Comentarios:

8. En el último mes, ¿se ha sentido preocupado/a, asustado/a o confundido/a porque algo pueda estar mal en su mente o su memoria? Sí No

Comentarios:

Puntaje: Si el/la paciente marca "sí" en cualquiera de las casillas, consulte con el asesor clínico y el supervisor.

Sección 9. Consumo de sustancias

El/La afiliado/a se niega a completar esta sección.

Comentarios:

Tengo algunas preguntas sobre su experiencia con el alcohol, los productos con nicotina, la marihuana y otras sustancias. Algunas de las sustancias de las que hablaremos las receta un médico, pero solo me centraré en si las tomó por motivos distintos de aquellos por los que se le recetaron o en dosis distintas de las recetadas.

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido lo siguiente?:	Nunca	De 1 a 2 veces	Todos los meses	Todas las semanas	Todos los días
A. Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Productos con nicotina (cigarrillos, cigarrillos electrónicos, tabaco de mascar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Uso de medicamentos que requieren receta médica no como se los recetaron (marque con un círculo los que correspondan): analgésicos, medicamentos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, píldoras para dormir, otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Marihuana o productos con tetrahidrocannabinol (por sus siglas en inglés, THC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Otras sustancias: Por ejemplo, cocaína, metadona, heroína, alucinógenos, inhalantes, drogas de diseño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Alguna vez sintió que debería reducir su consumo de alcohol o drogas?

Sí No N/A Se niega a responder

Si la respuesta es sí, pase a la siguiente pregunta.

3. ¿Quisiera hablar con alguien sobre su consumo de sustancias, especialmente si está considerando dejar o disminuir el consumo? Sí No N/A No está seguro/a Se niega a responder

Sección 9. Consumo de sustancias (continuación)

4. ¿Está recibiendo o recibió tratamiento para el consumo de sustancias?

Sí No N/A No está seguro/a Se niega a responder

Si la respuesta es **sí**, describa el tratamiento recibido (p. ej., tratamiento residencial, tratamiento ambulatorio o tratamiento asistido por medicamentos, como Vivitrol, Suboxone, naltrexona, metadona, Subutex, etc.):

– ¿Puede proporcionar la información de contacto del lugar donde recibe/recibió tratamiento?

Nombre del proveedor:

N.º de contacto:

– Está recibiendo tratamiento Recibió tratamiento

5. Comparta cualquier información adicional sobre su consumo de sustancias en el pasado (p. ej., anterior a los últimos 6 meses, antecedentes familiares):

Nota: Si hay inquietudes sobre la seguridad del/de la afiliado/a o su familia, consulte con el asesor clínico y el supervisor.

6. Comentarios adicionales:

Sección 10. Factores de desarrollo

Haga las siguientes preguntas solo si esta información no está ya disponible para el equipo del proveedor de la ECM.

1. Preguntas para el/la paciente O la familia, el cuidador o el administrador de casos (según la capacidad para responder de la persona): ¿Alguna vez el proveedor de atención de salud les dijo a usted o su familia que cuando era niño/a o como adulto/a tenía un retraso en el desarrollo, una discapacidad o una lesión cerebral que afectó su capacidad para pensar con claridad (p. ej., lesión cerebral traumática, trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, discapacidad de aprendizaje)?

Sí No No está seguro/a Se niega a responder

Comentarios:

Sección 11. Alfabetización en salud

Quisiera preguntarle sobre cómo piensa que está controlando sus afecciones de salud.

1. ¿Necesita ayuda para completar formularios de salud? Sí No N/A Se niega a responder

2. ¿Necesita ayuda para contestar las preguntas durante las consultas al médico? Sí No N/A

Se niega a responder

Sección 12. Determinantes sociales de la salud

Vivienda

1. ¿Cuál es su situación de vivienda actual? Estable y segura Motel Garaje o una parte de una vivienda

Vive con amigos Automóvil Hogar transitorio Refugio temporal Desplazamiento frecuente

Otra: _____ Se niega a responder

Comentarios:

2. ¿Le preocupa perder su vivienda? Sí No Se niega a responder

Si la respuesta es **sí**, explique:

3. ¿Qué es lo que más le preocupa sobre su situación de vivienda?

4. ¿En la actualidad, alguien le brinda apoyo para la vivienda (por ejemplo, orientador de vivienda, administración de casos o derechos de los inquilinos)? Sí No N/A

Sección 12. Determinantes sociales de la salud (continuación)

5. Entorno de vivienda: ¿Puede llevar una vida segura y fácil en el entorno que lo rodea?
 Sí No Se niega a responder
 Si la respuesta es **no**, ¿el lugar donde vive tiene lo siguiente?:

Buena iluminación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Buena calefacción <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Buena refrigeración <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Barandas en escaleras o rampas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Agua caliente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Baño en el interior <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Una puerta al exterior que cierra con llave <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escaleras para acceder a la casa o escaleras dentro de la casa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Elevador <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Espacio para moverse en silla de ruedas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pasillos libres para salir de la casa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Comentarios:

Seguridad

6. ¿Se siente física y emocionalmente seguro/a donde vive en la actualidad? Sí No*
 Si la respuesta es **no**, describa:
 * Si la respuesta es "No", consulte con el asesor clínico y el supervisor.

7. ¿Hay alguien viviendo en su casa sin su permiso? Sí* No
 Si la respuesta es **sí**, explique:
 * Si la respuesta es "Sí", consulte con el asesor clínico y el supervisor.

8. ¿Le teme a alguien o alguien le está haciendo daño? Sí* No
 Si la respuesta es **sí**, explique:
 * Si la respuesta es "Sí", consulte con el asesor clínico y el supervisor.

9. ¿Hay alguien usando su dinero sin su permiso? Sí* No
 Si la respuesta es **sí**, explique:
 * Si la respuesta es "Sí", consulte con el asesor clínico y el supervisor.

Seguridad alimentaria

10. En los últimos 12 meses, ¿usted u otros adultos en el hogar redujeron las porciones de las comidas o se saltaron comidas por falta de dinero? Sí No Se niega a responder

11. ¿Con qué frecuencia tiene hambre o no come porque no hay alimentos suficientes en la casa?
 Con frecuencia Pocas veces N/A Se niega a responder

12. ¿Come menos de lo que considera que debería comer porque no hay alimentos suficientes?
 Sí No Se niega a responder

13. Comentarios:

Apoyo y conexiones sociales

14. ¿Con quién vive?
 Vive solo/a
 Vive con su cónyuge o pareja. Si marca esta opción, brinde más información sobre la/s relación/relaciones y la/s edad/es:

 Vive con los hijos u otros familiares o amigos. Si marca esta opción, brinde más información sobre la/s relación/relaciones y la/s edad/es:

 Vive con el cuidador. Si marca esta opción, brinde más información sobre la/s relación/relaciones y la/s edad/es:

 Vive con otros residentes del centro o programa
 Se niega a responder

Sección 12. Determinantes sociales de la salud (continuación)

15. ¿Tiene otros hijos que no haya incluido anteriormente? (indique la edad)

16. ¿Con qué frecuencia está o habla con personas que le importan y con quienes tiene afinidad?
(Por ejemplo, habla por teléfono con amigos, visita a amigos o familiares, va a la iglesia o a reuniones del club)

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

17. ¿Se ocupa del cuidado de alguna persona o alguna mascota? Sí No

Si la respuesta es sí, describa:

Apoyo familiar o individual (incluidos recursos y participación de cuidadores)

18. ¿Tiene familiares, amigos u otras personas dispuestos a ayudarle cuando lo necesita?

- Sí No Se niega a responder

Comentarios:

19. ¿Tiene un cuidador que le ayude? Sí No Se niega a responder

Si la respuesta es sí, indique el nombre y la información de contacto (teléfono/correo electrónico):

20. ¿Alguna vez piensa que su cuidador tiene dificultades para brindarle toda la ayuda que usted necesita?

- Sí No N/A

Si la respuesta es sí, explique:

21. ¿Tiene un trabajador de los servicios de apoyo en el hogar (por sus siglas en inglés, IHSS)?

- Sí No Se niega a responder

Si la respuesta es sí, ¿cuántas horas de IHSS está recibiendo? _____

Nombre del trabajador de los IHSS: _____ N.º de contacto: _____

22. Comentarios adicionales:

Sección 13. Beneficios y otros servicios

1. Financiación/fuente de beneficios/servicios:

- Programa WIC (indique el sitio): _____ Beneficios de CalFresh (SNAP)
 Beneficiario del TANF Beneficiario del SSI Beneficiario del SSDI Beneficiario de la SSA (jubilación)
 Otro ingreso de jubilación Empleado Beneficios para veteranos
 Asistencia general CalWorks Programa de visitas en el hogar (indique cuál): _____
 Otros: _____ Ninguno

2. ¿En ocasiones se queda sin dinero para pagar los alimentos, la renta, las facturas y los medicamentos?

- Sí No Se niega a responder

3. ¿Cuál es su situación laboral actual? De tiempo parcial De tiempo completo Estudiante Jubilado

- Otra: _____ Se niega a responder

Impredecible (p. ej., trabajo por día) Sí No

4. ¿Tiene alguna inquietud o desafío en relación con su empleo? Sí No Se niega a responder

Si la respuesta es "Sí", describa:

5. ¿Recibe algún servicio de alguno de los siguientes programas?

- Servicios y apoyo a largo plazo (centro de enfermería especializada, centro de rehabilitación)
 Programa Family PACT Servicios comunitarios para adultos Departamento de Asuntos de los Veteranos
 Programas de atención paliativa Centro regional Servicios para Niños de California
 Otros: _____ Ninguno

Sección 14. Implicación en asuntos legales

1. ¿En los últimos 12 meses, ¿ha estado implicado/a en alguno de los siguientes?:

- Servicios ordenados por un juzgado Libertad condicional Libertad bajo palabra Programa de reingreso
 Conducción bajo la influencia del alcohol/prohibición de licencia
 Servicios de Protección para Adultos Servicios de Protección al Menor Servicios Legales Comunitarios
 Ninguno
 Se niega a responder Otro (indique cuál): _____

Comentarios:

2. Información de contacto según corresponda (nombre, número, organización):

3. En el último año, ¿ha pasado más de dos noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional para jóvenes? Sí No Se niega a responder

Si la respuesta es sí, diga: "quisiera coordinar con alguna persona con la que usted trabaje con respecto a su estadía en _____ a fin de que podamos trabajar juntos para ayudarlo y que alcance sus objetivos. ¿Puedo comunicarme con esa persona que está con usted?"

4. ¿Alguna vez se asoció con los miembros de una pandilla o participó en una?

- Sí No Se niega a responder

Si la respuesta es sí, ¿cuál es su situación actual?

Sección 15. Planificación de la atención anticipada

La planificación para el final de la vida es un aspecto importante de las necesidades de salud holística y de planificación de una persona.

1. ¿Tiene un documento de planificación para el final de la vida o una instrucción anticipada establecida?

- Sí No Se niega a responder

2. ¿Tiene un representante autorizado para actuar en su nombre en relación con sus asuntos?

- Sí No Se niega a responder

Si la respuesta es sí, indique el nombre y la relación:

3. ¿Quiere recibir información sobre estos temas? Sí No Se niega a responder

Sección 16. Prioridades del/de la afiliado/a

1. ¿Qué es lo que más le preocupa sobre su salud física o mental?

2. ¿Qué medida le gustaría tomar en este momento para mejorar su salud (como reducir el consumo de bebidas con cafeína o azucaradas)? *Brinde ejemplos simples y de reducción de daños:*

3. ¿Qué le gustaría lograr a partir de nuestro trabajo y tiempo juntos?

4. A partir de nuestra reunión de hoy, ¿cuáles son los 2 o 3 objetivos prioritarios que le vienen a la mente en relación con su salud, bienestar, situación social o de vivienda para los próximos 3 a 6 meses?

Objetivo 1:

Objetivo 2:

Objetivo 3:

Resumen narrativo

Incluya las necesidades principales identificadas a partir de la evaluación:

Siguintes pasos	Persona responsable
1.	
2.	
3.	

Próxima cita/ubicación: