

## Evaluación Integral de la Administración Mejorada de la Atención para Niños/as y Jóvenes (N/J)

Esta evaluación es una herramienta para que usted, como administrador/a de atención principal, evalúe las necesidades de salud del/de la afiliado/a N/J y le ayude a participar en el beneficio de administración mejorada de la atención (por sus siglas en inglés, ECM). Desde la primera visita y hasta las tres visitas siguientes, usted y el/la afiliado/a N/J 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 N/J.

### **Sección 1. Indique la Población Objetivo del/de la afiliado/a N/J y otros programas del Condado en los que participan**

El objetivo de esta sección es identificar otros programas en los que participa el/la afiliado/a N/J y brindarle apoyo a usted para que pueda coordinar su cuidado y sus necesidades sociales relacionadas con la salud.

<b>Población Objetivo del/de la afiliado/a N/J:</b> <input type="checkbox"/> Actualmente sin hogar <input type="checkbox"/> En riesgo de uso evitable de los servicios del hospital/Departamento de Emergencias <input type="checkbox"/> Con enfermedad mental grave o trastorno por consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Saliendo de un centro correccional de menores <input type="checkbox"/> Servicios para Niños de California (CCS)/Modelo de Desarrollo Infantil Integral (WCM) de los CCS <input type="checkbox"/> Asistencia social infantil <input type="checkbox"/> Con trastorno del desarrollo o intelectual <input type="checkbox"/> Equidad en el nacimiento ( <i>según se identifica en el formulario de remisión/autorización</i> )	
<b>Programas en los que participa el/la afiliado/a N/J:</b> <input type="checkbox"/> Servicios especializados de salud mental (por sus siglas en inglés, SMHS) <input type="checkbox"/> Medicamentos de Medi-Cal <input type="checkbox"/> Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal <input type="checkbox"/> Justicia de Menores <input type="checkbox"/> CCS <input type="checkbox"/> CCS WCM <input type="checkbox"/> Asistencia social infantil <input type="checkbox"/> Servicios del centro regional <input type="checkbox"/> Programa local que brinda servicios a las personas embarazadas/después del parto (p. ej., Programa de Servicios Perinatales Integrales, Programa de Visitas en el Hogar de California, etc.), indicar cuáles: _____ <input type="checkbox"/> Otro(s), indicar cuáles: _____ <input type="checkbox"/> N/A	
<b>Fecha de consentimiento para recibir los servicios de ECM:</b> _____ <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Afiliado/a N/J <input type="checkbox"/> Padre/madre/tutor/cuidador <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios para los Niños y las Familias (por sus siglas en inglés, DCFS) <input type="checkbox"/> Tribunal <input type="checkbox"/> Padre(s) de cuidado temporal	
<b>¿Algún otro miembro de la familia está inscrito en los servicios de ECM?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", indique el nombre del familiar, la relación con el/la afiliado/a N/J y el proveedor de ECM:	

### **Indique si utilizó alguna de las siguientes herramientas o evaluaciones recientes para completar o fundamentar esta evaluación.**

El administrador de atención principal debe incluir los resultados de todas las evaluaciones disponibles. Las evaluaciones no reemplazan esta evaluación integral, pero deben servir como fundamento para el desarrollo del plan de atención.

- |   |   |                             |                              |
|---|---|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ACE o PEARLS   | <input type="checkbox"/> Sí. Fecha en que se realizó: _____ | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/A |
| Si no se completaron las evaluaciones de detección de experiencias adversas en la niñez (por sus siglas en inglés, ACE) o de eventos relevantes en la vida y experiencias adversas en la infancia (por sus siglas en inglés, PEARLS): consultar al proveedor de atención primaria o trabajador social para que lo haga. |   |                             |                              |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de CANS <sup>1</sup>  | <input type="checkbox"/> Sí. Fecha en que se realizó: _____ | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/A |
| <input type="checkbox"/> PSC-35 <sup>2</sup>  | <input type="checkbox"/> Sí. Fecha en que se realizó: _____ | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/A |
| <input type="checkbox"/> Herramienta de Evaluación de Necesidades <sup>3</sup>  | <input type="checkbox"/> Sí. Fecha en que se realizó: _____ | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/A |
| <input type="checkbox"/> Herramienta de Evaluación para Jóvenes <sup>4</sup>  | <input type="checkbox"/> Sí. Fecha en que se realizó: _____ | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/A |
| <input type="checkbox"/> (Cuidado Temporal del DPH) Evaluación de la Salud para Niños   | <input type="checkbox"/> Sí. Fecha en que se realizó: _____ | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/A |

<sup>1</sup> La Evaluación de Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes (por sus siglas en inglés, CANS) es una herramienta utilizada por el DCFS, los servicios de Asistencia Social Infantil y el Departamento de Salud Mental (por sus siglas en inglés, DMH) de los SMHS.

<sup>2</sup> La Lista de Verificación de Síntomas Pediátricos (por sus siglas en inglés, PSC) es utilizada por el DMH de los SMHS.

<sup>3</sup> La Herramienta de Evaluación de Necesidades es utilizada por el DMH.

<sup>4</sup> La Herramienta de Evaluación para Jóvenes es utilizada por el DHCS de los Servicios de Salud Mental de Medi-Cal

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Encuesta de Factores de Protección <sup>5</sup>   | <input type="checkbox"/> Sí. Fecha en que se realizó: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A |
| <input type="checkbox"/> Equipo de Evaluación Multidisciplinaria <sup>6</sup>  | <input type="checkbox"/> Sí. Fecha en que se realizó: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A |
| <input type="checkbox"/> (CCS) Evaluación de la Atención del Paciente  | <input type="checkbox"/> Sí. Fecha en que se realizó: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A |
| <input type="checkbox"/> (DDS) Evaluación del Centro Regional  | <input type="checkbox"/> Sí. Fecha en que se realizó: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A |
| <input type="checkbox"/> Embarazo y Posparto: Evaluación del Programa de Servicios Perinatales Integrales (por sus siglas en inglés, CPSP) | <input type="checkbox"/> Sí. Fecha en que se realizó: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A |
| <input type="checkbox"/> Ingreso al Plan de Transición (con intervención del sistema de justicia)  | <input type="checkbox"/> Sí. Fecha en que se realizó: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A |
| <input type="checkbox"/> Otro/s (indicar la fecha en que se realizó):  |  |

## Sección 2. Datos Demográficos y Preferencias/Necesidades del/de la Afiliado/a N/J

Datos Demográficos del/de la Afiliado/a N/J y de su Familia	
Contacto principal para los servicios de ECM: <input type="checkbox"/> Afiliado/a N/J <input type="checkbox"/> Padre/madre/tutor/cuidador <input type="checkbox"/> Otro (indicar quién): _____	Persona(s) con la(s) que está hablando para completar esta evaluación (marcar todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Afiliado/a N/J <input type="checkbox"/> Padre/madre/tutor/cuidador <input type="checkbox"/> Otro (indicar quién): _____
Fecha de hoy:	Nombre del /de la afiliado/a N/J:
Fecha de nacimiento:	Identificación de Medi-Cal:
Nombre o pronombre que prefiere el/la afiliado/a N/J:	Identificación de género del /de la afiliado/a N/J:
Idioma escrito u oral preferido ( <i>¿Qué idioma habla y lee con más facilidad?</i> ): Afiliado/a N/J: _____ Padre/madre/tutor/cuidador: _____	Necesita un intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No idioma: _____
¿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:	
Estado civil del/de la afiliado/a N/J: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Se niega a responder	Estado civil de su padre/madre/tutor/cuidador: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Se niega a responder
Nombre del padre/de la madre/del tutor/del cuidador: Información de contacto: <input type="checkbox"/> Biológico <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Tutor/guardián <input type="checkbox"/> Tutor asignado por un tribunal <input type="checkbox"/> Custodia legal conjunta <input type="checkbox"/> Custodia legal de una sola persona <input type="checkbox"/> Custodia física conjunta <input type="checkbox"/> Custodia física de una sola persona <input type="checkbox"/> Joven/menor sin acompañante <input type="checkbox"/> Refugiado/a <input type="checkbox"/> En busca de asilo <input type="checkbox"/> Menor emancipado/a N/A	
Nacionalidad/tribu/origen étnico del/de la afiliado/a N/J. Marque todas las opciones que correspondan. <input type="checkbox"/> Hispano/a o latino/a <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro/a o afroamericano/a <input type="checkbox"/> Indígena americano/a o nativo/a de Alaska <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Nivel de educación actual del/de la afiliado/a N/J: <input type="checkbox"/> Escuela primaria <input type="checkbox"/> Escuela secundaria de primer ciclo <input type="checkbox"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> Estudios universitarios incompletos <input type="checkbox"/> Estudios universitarios completos <input type="checkbox"/> Educación o escuela técnica <input type="checkbox"/> Otro (indicar cuál): <input type="checkbox"/> N/A	
Nivel de educación del padre/de la madre/ del tutor legal/del cuidador: <input type="checkbox"/> Escuela primaria <input type="checkbox"/> Escuela secundaria de primer ciclo <input type="checkbox"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> Estudios universitarios incompletos <input type="checkbox"/> Estudios universitarios completos <input type="checkbox"/> Educación o escuela técnica <input type="checkbox"/> Otro (indicar cuál): <input type="checkbox"/> N/A	

<sup>5</sup> La Encuesta de Factores de Protección (por sus siglas en inglés, PFS) es utilizada por el DCFS de la Red de Prevención y Cuidados Posteriores

<sup>6</sup> El Equipo de Evaluación Multidisciplinaria (por sus siglas en inglés, DCFS) incluye su herramienta de nivel de atención y la Herramienta de Informe de Familia de Acogida, utilizada por el DMH para niños/as que recién ingresan al sistema de cuidado temporal.

¿El/la afiliado/a N/J tiene un/a cuidador/a que le brinde asistencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", indicar nombre e información de contacto: ¿El/la afiliado/a N/J tiene un/a trabajador/a de Servicios de apoyo en el hogar (por sus siglas en inglés, IHSS)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", indicar su(s) nombre(s) e información de contacto: <hr/> ¿Necesita el/la afiliado/a un/a cuidador/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", explicar: ¿El/la cuidador/a del/de la afiliado/a N/J necesita más ayuda o capacitación para brindar atención? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Se niega a responder Si la respuesta es "Sí", explique:		
¿Tiene además miembros de la familia u otros/as cuidadores/as que le ayuden (por ejemplo, guardería de día, niñera, familiar, amigos, hermanos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Se niega a responder Indicar cuáles:		
¿El/la afiliado/a tiene un empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Se niega a responder Si la respuesta es "Sí", indique cuál: Si la respuesta es "Sí", <input type="checkbox"/> de tiempo parcial <input type="checkbox"/> de tiempo completo <input type="checkbox"/> por día		
<b>Necesidades y Preferencias del/de la Afiliado/a N/J</b>		
¿Cuál es el problema o necesidad más importante del/de la afiliado/a N/J en este momento, en relación con la salud, el bienestar, la situación de vida u otros aspectos?		
<b>Información de contacto</b>		
Lugar preferido donde recibir el correo:	Teléfono fijo:	Teléfono celular:
Método de contacto preferido (marque todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> Por correo electrónico <input type="checkbox"/> Por mensaje de texto	Dirección de correo electrónico:	
<b>Contacto de emergencia</b> Nombre: Relación: Información de contacto:		

### Sección 3. Alfabetización en salud

Las siguientes preguntas están destinadas a evaluar cómo el/la afiliado/a N/J (o su padre/madre/tutor/cuidador, si corresponde) cree que está manejando sus condiciones de salud.

¿El/la afiliado/a N/J (o su padre/madre/tutor/cuidador, si corresponde) necesita información o recursos que le ayuden a comprender las necesidades de atención y tratamiento del/de la afiliado/a N/J? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Se niega a responder
¿El/la afiliado/a N/J (o su padre/madre/tutor/cuidador, si corresponde) expresa que necesita ayuda para responder las preguntas durante las consultas médicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Se niega a responder
¿El/la afiliado/a N/J (o su padre/madre/tutor/cuidador, si corresponde) expresa que necesita ayuda para completar formularios de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Se niega a responder

**Sección 4. Salud física**

Las siguientes preguntas están destinadas a evaluar las necesidades y condiciones de salud física actuales del/de la afiliado/a N/J.

¿Un médico o proveedor de atención médica le ha dicho al/a la afiliado/a N/J (o a su padre/madre/tutor/cuidador, si corresponde) que el/la afiliado/a tiene alguna enfermedad?  Sí  No

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

- Asma/enfermedad pulmonar crónica  Cáncer  Parálisis cerebral  Labio leporino o paladar hendido  
 Defecto cardíaco congénito  Fibrosis quística  Prediabetes  Diabetes de tipo 1  Diabetes de tipo 2  
 VIH/sida  Hipertensión (*presión arterial alta*)  Enfermedad renal  Distrofia muscular  
 Discapacidad física, paraplejía, cuadriplejía o amputación  Convulsiones/Epilepsia  Enfermedad de células falciformes  
 Espina bífida  Trasplante de órgano (indicar cuál): \_\_\_\_\_  
 Enfermedad genética (indicar cuál): \_\_\_\_\_  
 Otras enfermedades no mencionadas más arriba (indicar cuáles): \_\_\_\_\_

¿El/la afiliado/a N/J tiene problemas de la vista?  Sí  No Si la respuesta es "Sí", describa: \_\_\_\_\_

Anteojos/lentes de contacto:  Sí  No  Necesita

TTY (soporte visual)  Sí  No  Necesita

Otro: \_\_\_\_\_

Si el/la afiliado/a N/J tiene diabetes, ¿se hizo un examen ocular para personas con diabetes en el último año?

Sí  No  N/A

¿El/la afiliado/a N/J tiene problemas de audición?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", describa:

Dispositivo(s) de audición:  Sí (indicar cuáles): \_\_\_\_\_  No  Necesita

En general, el/la afiliado/a N/J (o su padre/madre/tutor/cuidador, si corresponde) podría decir que su salud es:

Excelente  Muy buena  Buena  Regular  Mala  Se niega a responder

Proporcione más información acerca de los motivos por los que el/la afiliado/a N/J (o su padre/madre/tutor/cuidador) eligió esta calificación:

¿El/la afiliado/a N/J visitó el hospital, la sala de emergencias o un centro de enfermería especializada en los últimos 12 meses?

Sí  No  N/A  Se niega a responder

Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas veces y para qué? (indicar todas): \_\_\_\_\_

¿El/la afiliado/a N/J tiene un proveedor de atención primaria o un centro médico regular?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente información:

Nombre del proveedor de atención primaria:

Número de contacto:

Dirección del consultorio:

Motivo de la última visita:

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

¿El/la afiliado/a N/J tiene un dentista o un centro de atención dental regular?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente información:

Nombre del dentista:

Número de contacto:

Dirección del consultorio:

Motivo de la última visita:

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

¿El/la afiliado/a N/J tiene actualmente problemas o necesidades de salud dental?  Sí  No  N/A  Se niega a responder

¿El/la afiliado/a N/J recibe atención de proveedores/especialistas adicionales (marque todas las que correspondan):

- Cardiología  Servicios de pediatría para el desarrollo/comportamiento  Endocrinología  Genética  Hematología  
 Enfermedades infecciosas/inmunología  Neurología  Oncología  Ortopedia  Neumología  Cuidado de relevo  
 Fisioterapia  Terapia ocupacional  Terapia del habla  Terapia de alimentación  
 Otro (indicar cuál): \_\_\_\_\_

Si corresponde, indique el nombre o la información de contacto de cada proveedor/especialista adicional:

<b>Medicamentos</b>			
Indiqué qué medicamentos toma actualmente el/la afiliado/a N/J:			
Nombre del medicamento	Cada cuánto (frecuencia)	Forma de administración (vía)	Dosis
Adjunte una lista de los medicamentos adicionales.			
¿El/la afiliado/a N/J (o su padre/madre/tutor/cuidador, si corresponde) tuvo dificultades para surtir los medicamentos en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es "Sí", explicar los motivos:			
¿En la última semana, hubo algún día en que el/la afiliado/a N/J no tomó los medicamentos como se los recetaron? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es "Sí", describa qué le impidió hacerlo:			
<b>Manejo del Dolor y de los Síntomas</b>			
¿Siente dolor el/la afiliado/a N/J actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder			
<b>Si la respuesta es "Sí", responda las preguntas a continuación.</b>			
Durante la última semana, ¿cuánto interfirió el dolor o la afección médica del/de la afiliado/a en sus actividades habituales (incluyendo ir a la escuela, jugar con amigos o trabajar fuera del hogar y/o las tareas domésticas)?			
<input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Relativamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Se niega a responder			
¿El/la afiliado/a N/J cuenta con apoyos, servicios o rutinas que le ayuden a manejar el dolor o la afección médica (p. ej., proveedor de cuidados paliativos, meditación, terapias [indicar cuáles], medicamentos, apoyo de amigos/familiares)? Escriba en el espacio en blanco a continuación si corresponde.			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder			
Si al respuesta es "Sí", escriba a continuación cuáles son los soportes, servicios o rutinas que tiene el/la afiliado/a N/J.			

### Sección 5. Embarazo y posparto

Completar únicamente si el/la afiliado/a N/J está en edad reproductiva. Si no lo está, pase a la Sección 6.

Preguntas no revisadas por el/la afiliado/a N/J (no ha alcanzado la pubertad o el primer período menstrual)

Preguntas no revisadas por el/la afiliado/a N/J (otros motivos; indicar cuáles: \_\_\_\_\_)

¿La afiliada N/J está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Se niega a responder Si la respuesta es "No" o "N/A", pase a las preguntas sobre posparto. Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas semanas tiene el embarazo?
¿Le ha informado sobre el embarazo a su padre/madre/tutor/cuidador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿La afiliada N/J ha dado a luz en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Se niega a responder
<b>Si actualmente está embarazada, complete la información a continuación</b>
Fecha probable de parto: _____ <input type="checkbox"/> No sabe con seguridad <input type="checkbox"/> Se niega a responder
Primera cita de atención prenatal (fecha y semanas): _____ <input type="checkbox"/> No sabe con seguridad <input type="checkbox"/> Se niega a responder
¿La afiliada tiene un/a obstetra o partera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder
¿La afiliada tiene un/a doula o planea tenerla? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder
¿Sabe la afiliada dónde planea dar a luz a su bebé? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder
¿La afiliada planea amamantar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está segura <input type="checkbox"/> Se niega a responder

¿Elegió la afiliada un/a pediatra para su bebé?  Sí  No  Se niega a responder

Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente información:

Nombre del proveedor de atención primaria:

Número de contacto:

Dirección del consultorio:

¿Tiene la afiliada los elementos esenciales para cuando regrese a casa con el bebé del hospital (p. ej., asiento para el automóvil, leche de fórmula, mantas, cuna, ropa, pañales, biberones)?  Sí  No  Se niega a responder

Si la respuesta es "No", indique lo que necesita:

¿Planea la afiliada ir a clases para el parto?  Sí  No  Se niega a responder

¿Necesita la afiliada información o recursos sobre embarazo, lactancia materna y salud del bebé?

Sí  No  Se niega a responder

Si la afiliada dio a luz en los últimos 12 meses, debe responder las siguientes preguntas.  N/A

¿La afiliada N/J está trabajando con una doula?  Sí  No  Se niega a responder

Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente información:

Nombre de la doula:

Número de contacto:

¿La afiliada N/J está trabajando con una consultora de lactancia?  Sí  No  Se niega a responder

Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente información:

Nombre de la consultora:

Número de contacto:

¿La afiliada N/J tuvo una cita de posparto?  Sí  No  Se niega a responder

Si la respuesta es "Sí", indique la fecha de la última cita (si la conoce): \_\_\_\_\_

¿El/la bebé ha asistido a las citas con el/la pediatra?  Sí  No  Se niega a responder

Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente información:

Nombre del proveedor:

Número de contacto:

Dirección del consultorio:

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

¿Necesita la afiliada N/J información o recursos sobre posparto y salud del bebé?

Sí  No  Se niega a responder

## Sección 6. Actividades de la vida cotidiana

Las siguientes preguntas están relacionadas con la capacidad del/de la afiliado/a N/J para realizar actividades básicas de cuidado personal. Complete solo las preguntas relacionadas con la edad del/de la niño/a o joven; saltee las otras preguntas.

**¿El/la afiliado/a N/J necesita ayuda con alguna de las siguientes actividades?**

**Si el/la afiliado/a N/J tiene entre 0 y 5 años:**

Comer (según sea adecuado en su etapa de desarrollo o a su edad; p. ej., masticar, tragar, prenderse al pecho)

Sí  No  Se niega a responder

Usar las manos (según sea adecuado en su etapa de desarrollo o a su edad)

Sí  No  Se niega a responder

Coordinar/trasladarse (según sea adecuado en su etapa de desarrollo o a su edad)

Sí  No  Se niega a responder

Ir al baño (según sea adecuado en su etapa de desarrollo o a su edad; p. ej., aguantar las ganas de ir al baño, no mojarse de noche)

Sí  No  N/A  Se niega a responder

**Si el/la afiliado/a N/J tiene edad escolar (entre 6 y 18 años):**

Ducharse

Sí  No  Se niega a responder

Asearse (cepillarse los dientes y el pelo, lavarse las manos y la cara)

Sí  No  Se niega a responder

Vestirse <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder	Comer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder
Ir al baño <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder	Trasladarse (caminar, subir las escaleras) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder
<b>Si el/la afiliado/a N/J tiene 18 años o más</b>	
Bañarse o ducharse <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder	Subir las escaleras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder
Comer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder	Vestirse <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder
Cepillarse los dientes, peinarse, afeitarse <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder	Preparar comidas o cocinar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder
Levantarse de la cama o de la silla <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder	Hacer las compras y obtener alimentos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder
Usar el baño <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder	Caminar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder
Lavar los platos o lavar la ropa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder	Emitir cheques o llevar el control del dinero <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder
Trasladarse al consultorio del médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder	Realizar las tareas del hogar o de jardinería <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder
Visitar a familiares o amigos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder	Usar el teléfono <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder
Llevar el control de las citas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder	
¿El/la afiliado/a se ha caído en el último mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene miedo de caerse? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Los amigos o familiares del/de la afiliado/a se preocupan por su capacidad para cuidar de sí mismo/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Si la respuesta es "Sí" para cualquiera de las actividades de la vida cotidiana anteriores, ¿el/la afiliado/a recibe toda la ayuda que necesita para llevarlas a cabo?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder Comentarios:	
<b>¿El/la afiliado/a N/J utiliza o necesita alguno de los siguientes elementos? (Marque todas las opciones que correspondan):</b>	
<input type="checkbox"/> Dispositivos para ayudar con la movilidad o los traslados (p. ej., sillas de ruedas, elevadores o asientos, barras de apoyo); indicar cuáles: <input type="checkbox"/> Dispositivos para ayudar con la alimentación/nutrición (p. ej., sonda de alimentación, fórmula especial, suplementos alimenticios); indicar cuáles: <input type="checkbox"/> Dispositivos para ayudar con la continencia (p. ej., catéteres, pañales, suministros para ostomía); indicar cuáles: <input type="checkbox"/> Dispositivos para ayudar con las vías respiratorias o la respiración (p. ej., oxígeno, respirador, suministros traqueales); indicar cuáles: <input type="checkbox"/> Otro; indicar cuáles: ¿El/la afiliado/a N/J (o su padre/madre/tutor/cuidador, si corresponde) necesita ayuda para entender cómo usar el equipo médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Se niega a responder Comentarios:	

### **Sección 7. Salud Psicosocial, Mental y del Comportamiento**

Las siguientes preguntas están destinadas a evaluar las necesidades y condiciones de salud psíquica, mental y del comportamiento actuales del/de la afiliado/a N/J.

¿Alguna vez un proveedor de atención médica o de salud mental le ha dicho al/a la afiliado/a (o a su padre/madre/tutor/cuidador, si corresponde) que tiene un diagnóstico de salud mental o un problema emocional o de comportamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> N/A por la edad del/de la niño/a Si al respuesta en "No", pase a la sección sobre Interacciones Sociales.
---

Si la respuesta es "Sí", ¿qué diagnóstico le han dado al/a la afiliado/a N/J?

- Depresión  Trastorno bipolar  Trastorno psicótico  Ansiedad  Trastorno de alimentación  
 Otro; indicar cuáles:

Comentarios, incluyendo cómo esto afecta actualmente la capacidad del/de la afiliado/a N/J para gestionar las actividades de la vida cotidiana:

¿Un proveedor está tratando actualmente al/a la afiliado/a N/J por este diagnóstico?

- Sí  No  N/A  Se niega a responder

Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente información:

Nombre del proveedor:

Número de contacto:

Dirección del consultorio:

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

### Interacciones Sociales

¿Con qué frecuencia el/la afiliado/a N/J 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  3 a 5 veces por semana  5 o más veces por semana  
 N/A por la edad del/de la niño/a o joven  Se niega a responder

En el último mes (30 días), ¿cuántos días se sintió solo/a el/la afiliado/a N/J? (Marque una opción).

- Ninguno, nunca me siento solo/a  Menos de 5 días  Más de la mitad de los días (más de 15 días)  
 La mayoría de los días, siempre me siento solo/a  N/A por la edad del/de la niño/a o joven  Se niega a responder

(Si responde su padre/madre/tutor/cuidador) ¿Le interesan los programas de crianza sobre el desarrollo de su hijo/a?

- Sí  No  Se niega a responder

### Preguntas de la Evaluación sobre Salud Mental y del Comportamiento

#### Para todos/as los/as afiliados/as N/J:

¿El/la afiliado/a (o su padre/madre/tutor/cuidador, si corresponde) tiene inquietudes sobre su comportamiento o estado de ánimo?

- Sí  No  N/A  Se niega a responder

Describe sus inquietudes aquí:

¿El/la afiliado/a (o su padre/madre/tutor/cuidador, si corresponde) quisiera recibir más información o apoyo relacionados con su salud mental o del comportamiento? Si la respuesta es "Sí", indique el tipo de apoyo que solicita.

#### Para afiliados/as N/J a partir de los 11 años

#### Depresión: Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9), para jóvenes a partir de los 11 años

- *Si otro proveedor ha completado un PHQ-9 recientemente (en el último mes) y se encuentra en la historia médica, indique aquí el resultado: \_\_\_\_\_ y la fecha: \_\_\_\_\_*
- *Si en la historia médica no se incluye un PHQ-9, complete el PHQ-2+Q9 a continuación*
- *Siga las pautas de puntuación que se indican más abajo.*

- N/A  Se niega a realizarlo (indicar el motivo si lo informa): \_\_\_\_\_

#### PHQ-2 plus Question 9

Durante las últimas dos semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?

1. ¿Ha sentido menos interés o placer al hacer cosas?

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

2. ¿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

3. (Pregunta 9) ¿Ha pensado que estaría mejor si muriera o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera?

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



**Puntuación: Para nada = 0; Varios días = 1; Más de la mitad de los días = 2; Casi todos los días = 3**

- Si tiene una puntuación de 2 o superior Y/O responde "Sí" en la pregunta 9 del cuestionario PHQ-2+Q.9: la persona debe responder el cuestionario PHQ-9 (se recomienda que lo haga sola) Versión para imprimir del PHQ-9 en varios idiomas: <https://www.phqscreeners.com/>
- Si el puntaje del PHQ-9 es mayor que 10, consulte con el asesor clínico y el supervisor. Si el puntaje es superior a 15 o responde "Sí" a la pregunta 9, solicite una consulta inmediata.

Si la puntuación indica que hay factores de riesgo, indique las medidas adoptadas (consulta, remisión para evaluación de salud mental):

### Sección 8. Consumo de Sustancias

Las siguientes preguntas son sobre la experiencia del/de la afiliado/a N/J con el alcohol, los productos con nicotina, la marihuana y otras sustancias. Algunas de las sustancias mencionadas aquí las receta un médico, pero esta parte de la evaluación solo se centrará en si el/la afiliado/a N/J las tomó por motivos distintos de aquellos por los que se le recetaron o en dosis distintas de las recetadas.

Se niega a completarlas     N/A: el/la afiliado/a N/J es demasiado joven para completar esta evaluación

**En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el/la afiliado/a N/J ha consumido lo siguiente?:**

Sustancia	Nunca	1 o 2 veces	Todos los meses	Todas las semanas	Todos los días	Fecha de la última vez	¿El uso de esta sustancia es un problema para el/ella?
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Productos con nicotina (cigarrillos, cigarrillos electrónicos, tabaco de mascar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Uso de medicamento que requiere receta médica que no se toman como se lo recetaron (marque con un círculo los que sean pertinentes): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calmantes</li> <li>• Medicamento para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad</li> <li>• Píldoras para dormir</li> </ul> Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
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"/>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿El/la afiliado/a N/J ha expresado que quiere reducir el consumo de alcohol o drogas?

Sí     No     N/A     Se niega a responder

**Si la respuesta es "Sí", el/la afiliado/a debe responder la siguiente pregunta.**

¿Le gustaría al/la afiliado/a N/J hablar con alguien sobre su consumo de sustancias, especialmente si está pensando en dejar o reducir el consumo?  Sí     No     N/A

Comentarios:

**Sección 9. Funcionamiento Cognitivo y del Desarrollo**

Las siguientes preguntas están destinadas a evaluar las necesidades y condiciones actuales de la salud cognitiva y del desarrollo del/de la afiliado/a N/J. Responder únicamente las preguntas pertinentes a la edad del/de la afiliado/a N/J.

¿Alguna vez un proveedor de atención médica, un proveedor de salud mental o un profesional de la educación le dijo al/a la afiliado/a N/J (o a su padre/madre/tutor/cuidador, si corresponde) que tiene un retraso en el desarrollo, una discapacidad o una lesión cerebral que afecta su funcionamiento cognitivo o intelectual, o que tiene un trastorno del desarrollo neurológico?

Sí  No  Se niega a responder

Si la respuesta es "No", pase a las preguntas específicas de la edad.

Si la respuesta es "Sí", ¿qué diagnóstico recibió el/la afiliado/a N/J?

Discapacidad intelectual  Discapacidad del desarrollo  Dificultades en el aprendizaje  
 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad  Trastorno del espectro autista  
 Otro; indicar cuáles:

Comentarios, incluyendo cómo esto afecta la capacidad actual del/de la afiliado/a N/J para gestionar las actividades de la vida cotidiana:

¿Un proveedor está viendo actualmente al/a la afiliado/a N/J por las afecciones que se describen más arriba?

Sí  No  N/A  Se niega a responder

Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente información:

Nombre del proveedor:

Número de contacto:

Dirección del consultorio:

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

**Si el/la afiliado/a N/J tiene entre 0 y 5 años**

¿El/la afiliado/a está inscrito/a en algún programa de aprendizaje temprano o en servicios de intervención temprana?

Sí  No  Se niega a responder

Si la respuesta es "Sí", indique cuál:

¿El padre/la madre/el tutor/el cuidador del/de la afiliado/a tiene alguna preocupación sobre el aprendizaje de su hijo?

Sí  No  Se niega a responder

Describa:

¿Le gustaría al padre/a la madre/al tutor/al cuidador recibir más información y hablar con alguien sobre sus inquietudes?

**Si el/la afiliado/a N/J tiene edad escolar (entre 6 y 18 años):**

¿El/la afiliado/a recibe actualmente tratamiento, apoyos o servicios relacionados con esta situación y que no estén identificados en otra parte del formulario (p. ej., un plan educativo individual [por sus siglas en inglés, IEP] o el Plan 504)?

Sí; indique los tratamientos/apoyos/servicios recibidos:

No  N/A  Se niega a responder

¿El/la afiliado/a (o su padre/madre/tutor/cuidador, si corresponde) tiene inquietudes sobre el aprendizaje del/de la afiliado/a N/J?

Sí  No  Se niega a responder

Describa:

¿Le gustaría al/a la afiliado/a (o a su padre/madre/tutor/cuidador, si corresponde) recibir más información y hablar con alguien sobre sus inquietudes?

Oportunidades educativas y subvenciones: Si el/la afiliado/a N/J está en tutela temporal: <input type="checkbox"/> Beca Cal Grant B para jóvenes en tutela <input type="checkbox"/> Programa de becas Chafee Grants para jóvenes en tutela <input type="checkbox"/> Otra; indicar cuál:
<b>Si el/la afiliado/a N/J tiene 18 años o más</b>
¿Ha habido cambios en la forma en que el/la afiliado/a piensa, recuerda o toma decisiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder
En el último mes, ¿el/la afiliado/a se ha sentido preocupado/a, asustado/a o confundido/a porque algo pueda estar mal en su mente o su memoria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder

### **Sección 10. Determinantes Sociales de la Salud**

Las siguientes preguntas están destinadas a evaluar las condiciones sociales y las necesidades sociales relacionadas con la salud actuales del/de la afiliado/a N/J.

<b>Vivienda</b>
¿Dónde vive el/la afiliado/a N/J? (marque todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Complejo de departamentos <input type="checkbox"/> Hogar de transición <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento residencial <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> Centro de enfermería especializada <input type="checkbox"/> Vivienda permanente en régimen asistencial <input type="checkbox"/> Vivienda protegida <input type="checkbox"/> Vivienda compartida (p. ej., alojamiento gratuito si ha perdido su vivienda) <input type="checkbox"/> Motel/hotel <input type="checkbox"/> Parque de caravanas <input type="checkbox"/> Campamento <input type="checkbox"/> Refugio transitorio o de emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalizado/a sin un plan de alta seguro <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Se niega a responder
¿El/la afiliado/a se siente física y emocionalmente seguro/a donde vive en la actualidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder
¿Al/a la afiliado/a N/J (o a su padre/madre/tutor/cuidador) le preocupa perder su vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder Si la respuesta es "Sí", explique:
En la actualidad, ¿alguien le brinda apoyo al/a la afiliado/a (o a su padre/madre/tutor/cuidador, si corresponde) para la vivienda (por ejemplo, un orientador de vivienda, un administrador de casos o a través de los derechos de inquilinos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
El/la afiliado/a N/J vive con: <input type="checkbox"/> Padres biológicos <input type="checkbox"/> Padres adoptivos <input type="checkbox"/> Padres de cuidado temporal <input type="checkbox"/> Tutor/guardián <input type="checkbox"/> Cuidador  Si su tiempo se reparte en diferentes lugares, explique:  ¿Cuántas personas viven en el hogar del/de la afiliado/a N/J (incluya edades y relación con el/la afiliado/a)?  <input type="checkbox"/> El/la afiliado/a N/J vive solo/a
Indique cualquier otro problema de vivienda que no se haya identificado:
<b>Seguridad Ambiental</b>
¿Al/a la afiliado/a N/J o a su padre/madre/tutor/cuidador le preocupa la comunidad donde vive? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder Comentarios:
¿El/la afiliado/a N/J teme que alguien le haga daño o alguien le está haciendo daño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder Si la respuesta es "Sí", explique:
¿Alguien está usando el dinero del/de la afiliado/a N/J sin su permiso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder  Si la respuesta es "Sí", explique:

El/la afiliado/a N/J está expuesto/a a alguna sustancia en el hogar: <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Narcóticos <input type="checkbox"/> Cigarrillo/tabaco/vapeador <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Otras toxinas (describir): <input type="checkbox"/> Se niega a responder		
Comentarios:		
Armas/armas de fuego en el hogar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder		
Si la respuesta es "Sí", ¿cómo se guardan?		
¿Puede el/la afiliado/a N/J vivir de manera segura y tranquila en su hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder		
<b>El lugar donde vive el/la afiliado/a N/J ¿tiene lo siguiente?:</b>		
Buena iluminación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Buena calefacción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Buena ventilación: <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 de la vivienda: <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	Ascensor: <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	Pintura con plomo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Moho/hongos/humedad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hacinamiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Servicios públicos poco seguros: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Roedores, cucarachas u otras plagas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Existen otras preocupaciones sobre la seguridad de la vivienda o del entorno del hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder Si la respuesta es "Sí", explique:	

### **Sección 11. Beneficios, Otros Servicios y Satisfacción de las Necesidades**

Las siguientes preguntas están destinadas a entender cualquier otra necesidad adicional que pueda tener el/la afiliado/a N/J para acceder a los servicios y apoyos.

<b>Servicios o fuentes de financiamiento/beneficios que utiliza el/la afiliado/a o su padre/madre/tutor/cuidador (si corresponde):</b> <input type="checkbox"/> Beneficios de CalFresh (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) <input type="checkbox"/> Beneficiario de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas <input type="checkbox"/> Comidas escolares <input type="checkbox"/> Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (indique el lugar): _____ <input type="checkbox"/> Beneficiario en Seguridad de Ingreso Suplementario o del Seguro por Incapacidad del Seguro Social Indique si tiene algunas necesidades:
¿El/la afiliado/a N/J (o su padre/madre/tutor/cuidador, si corresponde) a veces se queda sin dinero para pagar alguna de las siguientes necesidades: comida, alquiler, servicios básicos, teléfono e Internet, ropa, cuidado infantil, medicamentos u otros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder
Problemas con el transporte: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder Si la respuesta es "Sí", indique cuáles:
Problemas con el cuidado de niños: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder Si la respuesta es "Sí", indique cuáles:

**Sección 12. Implicación en asuntos legales**

Las siguientes preguntas están destinadas a ayudar a entender cualquier implicación del/de la afiliado/a N/J en asuntos legales/judiciales.

<p><b>¿En los últimos 12 meses, ¿el/la afiliado/a N/J ha estado implicado/a en alguno de los siguientes?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Servicios ordenados por un juzgado    <input type="checkbox"/> Libertad condicional    <input type="checkbox"/> Libertad bajo palabra    <input type="checkbox"/> Programa de reingreso  <input type="checkbox"/> Conducción bajo la influencia del alcohol/prohibición de licencia    <input type="checkbox"/> Servicios de Protección para Adultos  <input type="checkbox"/> Servicios de Protección al Menor    <input type="checkbox"/> Servicios Legales Comunitarios  <input type="checkbox"/> Ninguno    <input type="checkbox"/> Otro; indicar cuáles:         </p> <p>Comentarios (incluir las necesidades o los recursos legales adicionales):</p> <p>¿Tiene el/la afiliado/a N/J alguna persona que le brinde apoyo en el reingreso o un oficial de libertad bajo palabra/condicional?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder <p>Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente información:</p> <p>Nombre del proveedor:          Número de contacto:          Dirección del consultorio:          Fecha de la última consulta (si la conoce, o una fecha aproximada):</p>
---

**Sección 13. Planificación para el Final de la Vida**

Estas preguntas están destinadas al/a la afiliado/a N/J si tiene 18 años o más

<p>¿Tiene el/la afiliado/a un documento de planificación para el final de la vida o una instrucción anticipada?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder
<p>¿Quiere recibir información sobre estos temas?    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Se niega a responder</p>

**Resumen narrativo**

<p>Incluya las necesidades principales identificadas a partir de la evaluación:</p>	
Sigüientes pasos	Persona responsable
1.	
2.	
3.	
Próxima cita/ubicación:	