

# FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA DE FALLON HEALTH

**NO DOBLAR.**

Tómese unos minutos para completar esta evaluación. Su evaluación de necesidades de atención médica le ayudará a Fallon Health a brindarle mejores servicios de atención médica y a coordinar la atención que usted recibe. Mantendremos la privacidad de la información que proporcione. Al entregar este formulario, nos da permiso para compartir su información con las personas involucradas en su atención. Sus respuestas NO afectarán sus beneficios de MassHealth/Medicaid.

**Responda todas las preguntas. Envíenoslo por correo. ¡Obtenga una tarjeta de regalo por \$10!**

Instrucciones de la encuesta:

1. Complete un formulario de evaluación por cada miembro nuevo.
2. Deberá tener cerca:
  - a. Su número de identificación (ID, por sus siglas en inglés) de miembro de su plan
  - b. El nombre, el número de teléfono y la dirección de su médico(a) o enfermero(a)
3. Responda cada una de las preguntas marcando la casilla que corresponda o completando en el espacio provisto.
4. En esta encuesta, a veces se le pide que saltee algunas preguntas. Cuando esto suceda, verá una nota que le indica qué pregunta responder a continuación.
5. Completar esta evaluación le llevará unos 10 minutos.
6. Si necesita ayuda o tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, llame al Servicio al Cliente al número que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación de miembro, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.



## Información del miembro

P1 Nombre del miembro (Apellido, primer nombre e inicial del seg. nombre)

Apellido																				
Primer nombre																				
Inicial del segundo nombre																				

P2 Número de identificación de miembro de Fallon MassHealth

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P3 Fecha de nacimiento (Ejemplo: 02112014)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P4 Sexo

Masculino.....

Femenino.....

P5 Dirección (número y calle)

Número

Calle

P9 Números de teléfono

Casa:

Celular:

Trabajo:

P6 Ciudad/Pueblo

P7 Estado

P8 Código postal

P10 Correo electrónico

P11 Relación (con el miembro) de la persona que completa este formulario:

Titular .....

Padre/madre .....

Cónyuge/pareja .....

Familiar .....

Cuidador profesional .....

Representante autorizado .....

**Información sobre usted**

P12 ¿Hay otros números de teléfono para que Fallon se comunique con usted sobre sus necesidades de salud? Si responde "Sí", incluya primero el código de área.

Sí (responda a continuación) .....

No .....

No estoy seguro .....

P14 Mejor hora para llamar:

A la mañana .....  A la tarde .....

P13 Otros números de teléfono

Casa:

Celular:

Trabajo:

P15 Idioma de preferencia

Inglés .....

Español .....

Otro .....

Si es otro, especifique cuál:

P16 ¿Actualmente no tiene hogar o no tiene un alojamiento estable?

- Sí.....
- No .....
- No estoy seguro .....

P17 ¿Tiene problemas auditivos?

- Sí.....
- No .....
- No estoy seguro .....

P18 ¿Tiene problemas de la vista?

- Sí.....
- No .....
- No estoy seguro .....

P19 ¿Actualmente recibe servicios de alguna de las agencias estatales mencionadas en la Pregunta 20?

- Sí (elija abajo) .....
- No .....
- No estoy seguro .....

P20 Si responde "Sí", marque todo lo que corresponda.

- Comisión de Massachusetts para Ciegos .....
- Comisión de Massachusetts para Sordos y Personas con Problemas Auditivos .....
- Comisión de Massachusetts para la Rehabilitación .....
- Departamento de Salud Mental .....
- Departamento de Servicios del Desarrollo .....
- División de los Niños y la Familia.....
- Educación Especial .....
- Programa de Intervención Temprana.....
- Otro.....

P20a ¿Actualmente recibe servicios del Programa de servicio y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)?

- Sí.....  No .....  No estoy seguro...

P20b Si respondió "Sí" a la pregunta 20a:

¿Cuál es el nombre de la agencia? .....

¿Qué servicios recibe actualmente y cuántas horas por semana por cada servicio?

- Servicio ..... Horas/semana .....
- Servicio ..... Horas/semana .....
- Servicio ..... Horas/semana .....

¿Son servicios en el hogar o fuera del hogar?

- En el hogar .....  Fuera del hogar .....

¿Algún miembro de la familia brinda estos servicios?

- Sí.....  No .....

P20c ¿Actualmente recibe servicios de un programa de salud conductual?

- Sí .....
- No .....
- No estoy seguro .....

P20d Si respondió "Sí" a la pregunta 20c:

- ¿Cuál es el nombre de la agencia? .....
- .....
- ¿Qué servicios recibe actualmente? .....
- .....
- ¿Qué servicios recibió en los últimos 6 meses? ..
- .....
- .....
- .....

## Información sobre su salud

P21 ¿Cómo describiría su salud actualmente?

- Excelente .....
- Buena .....
- Regular.....
- Mala .....

P21a ¿Cuál es su estatura sin calzado?

Ejemplo: 5 pies y 6 pulgadas = 5'6"

P21b ¿Cuál es su peso?

Ejemplo: ingrese "150" para 150 libras.

P22 ¿Tiene dificultades para hacer alguna de las actividades mencionadas en la P23 debido a su salud?

- Sí (seleccione en la pregunta siguiente) .....
- No .....
- No estoy seguro .....

P23 Si responde "Sí", marque todo lo que corresponda.

- Caminar varias cuadras .....
- Preparar las comidas.....
- Comer .....
- Bañarse en tina o con ducha .....
- Hacer tareas domésticas livianas .....
- Dormir .....
- Ir al trabajo o a la escuela.....
- Hacer actividad física o jugar .....

P24 ¿Toma actualmente algún medicamento recetado con regularidad?

- Sí .....
- No .....
- No estoy seguro .....

P25 Si responde "Sí", ¿cuántos medicamentos toma actualmente?

- 1-2 .....
- 3-4 .....
- Más de 4 medicamentos.....

Mencione los medicamentos que toma actualmente.

--

P28 Si está embarazada, ¿tiene inquietudes sobre su embarazo?

- Sí .....
- No .....
- No estoy segura .....

P29 Si responde "Sí", ¿desearía hablar con un administrador de atención prenatal?

- Sí .....
- No .....

P26 ¿Actualmente está embarazada? (Si responde "No", pase a la pregunta 30).

- Sí.....
- No .....
- No estoy segura .....

Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha de parto? (Ejemplo: 09142018)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P30 En los últimos 12 meses, ¿recibió atención en una sala de emergencias?

- Sí .....
- No .....
- No estoy seguro .....

P27 Si está embarazada, ¿tiene un obstetra (OB, por sus siglas en inglés)/ginecólogo (GYN, por sus siglas en inglés), un(a) enfermero(a) o un(a) enfermero(a) partero(a) que le brinda atención durante el embarazo?

- Sí (responda a continuación) .....
- No .....
- No estoy segura .....

Si responde "Sí", apellido del profesional: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Primer nombre: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ciudad/pueblo: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Teléfono: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P31 Si responde "Sí", ¿cuántas veces?

- De 1 a 3 veces.....
- De 4 a 6 veces.....
- Más de 6 veces .....

P32 En los últimos 12 meses, ¿ha tenido que pasar la noche en un hospital?

- Sí .....
- No .....
- No estoy seguro .....

P33 ¿Alguien de su familia (madre, padre, hermana, hermano, hijo/a) tiene uno de los siguientes problemas de salud? Marque todas las opciones que correspondan.

- Asma .....
- Enfermedad renal .....
- Dolor crónico .....
- VIH/SIDA .....
- Obesidad/problemas de peso .....
- Diabetes .....
- Depresión .....
- Hipertensión .....
- Alcohol o abuso de sustancias .....
- Problemas cardíacos .....
- Colesterol elevado .....
- Cáncer .....
- Accidente cerebrovascular .....
- Otro .....

P34 ¿Se está tratando por alguno de los siguientes problemas de salud? Marque todas las opciones que correspondan.

- Asma .....
- Enfermedad renal .....
- Dolor crónico .....
- VIH/SIDA .....
- Obesidad/problemas de peso .....
- Diabetes .....
- Depresión .....
- Hipertensión .....
- Alcohol o abuso de sustancias .....
- Problemas cardíacos .....
- Colesterol elevado .....
- Cáncer .....
- Accidente cerebrovascular .....
- Insuficiencia cardíaca congestiva .....
- Ataque cardíaco/baipás/colocación de estén .....
- Problemas pulmonares o EPOC .....
- Otro .....

P35 ¿Un médico le ha indicado que tiene o tuvo alguna de las siguientes afecciones? Marque todas las opciones que correspondan.

- Accidente cerebrovascular .....
- Tumor en el cerebro o la columna vertebral .....
- Trastorno genético .....
- Trastorno o lesión espinal .....
- Lesión cerebral o de la cabeza .....
- Trastorno nervioso o muscular .....



Las preguntas 38e a 38j son solo para miembros de edad pediátrica de 0 a 18 años.

P38e ¿Padece alguna de las siguientes afecciones?

- Trastorno por déficit de atención .....
  - Espectro autista .....
  - Trastorno de ansiedad .....
  - Trastorno de adaptación .....
  - Depresión .....
  - Trastorno de conducta .....
  - Trastorno de aprendizaje .....
  - Trastorno por abuso de sustancias .....
  - Otro (Describa a continuación). .....
- 

P38f ¿Padece alguna de las siguientes afecciones médicas?

- Asma .....
  - Diabetes juvenil .....
  - Trastornos convulsivos .....
  - Trastornos congénitos (describa a continuación). .....
  - Otro (describa a continuación) .....
- 

P38g ¿Cuántos adultos hay en el hogar?

P38h ¿Quién más vive en el hogar? Marque todo lo que corresponda o marque N/A

- Cónyuge/Pareja .....
  - Hijo(a)/Hijastro(a) .....
  - Familia extendida .....
  - Hermano(a) .....
  - Abuelo(a) .....
  - Tío(a) .....
  - Amigo de la familia .....
  - Padre/Madre .....
  - Compañero(a) de habitación.....
  - N/A .....
  - Otro (Describa a continuación) .....
- 

P38i ¿Informó el miembro alguno de los siguientes problemas?

- Sí .....
- No .....

Marque todo lo que corresponda:

- Problemas legales.....
- Vivienda inestable/Falta de hogar .....
- Problemas de seguridad (violencia doméstica, abuso) ..
- Sin alimentos suficiente/Sin acceso a alimentos .....
- Falta de dinero para alimentos .....
- Financieros .....
- Necesita ayuda con las facturas de calefacción y luz
- Transporte .....
- Acceso a la atención médica .....
- Vestimenta .....
- Ninguno .....
- Otro (Describa a continuación) .....

Las preguntas 38e a 38j son solo para miembros de edad pediátrica de 0 a 18 años.

P38j ¿Tiene objetivos de salud específicos para su hijo(a)?

Sí.....

No .....

No estoy seguro .....

Si responde "Sí", ¿cuáles son?

**Información sobre sus necesidades de salud**

P39 ¿Actualmente usa equipo médico?

Sí.....

No .....

No estoy seguro .....

P40 Si responde "Sí", marque todo el equipo que utiliza.

Silla de ruedas.....

Bastón .....

Andador .....

Muletas .....

Otro .....

P41 ¿Necesita ayuda para manejar su afección médica?

Sí.....

No .....

No estoy seguro .....

P42 Si responde "Sí", ¿desearía hablar con un administrador de la atención?

Sí.....

No .....

P43 ¿Le interesa hablar con un trabajador social sobre cómo manejar los problemas de salud mental o de alcohol/uso de sustancias?

Sí .....

No .....

No estoy seguro .....

Proporcione detalles relacionados con sus inquietudes.

P44 ¿Necesita ayuda con el transporte al consultorio o a la clínica de su médico? (Si responde "Sí", algunos miembros pueden ser elegibles para la asistencia de transporte. Para más información, llame al Servicio al Cliente de Fallon).

Sí .....

No .....

No estoy seguro .....

# Información sobre bienestar y estilo de vida

P45 En el último mes, ¿se ha sentido triste o deprimido?

- Sí.....
- No .....
- No estoy seguro .....

P45a El estrés o la ira, ¿se convierten en un problema para lidiar, por ejemplo, con lo siguiente?:

- Salud
- Finanzas
- Familia o relaciones sociales
- Trabajo

- Sí.....
- No .....

P45b Si responde "Sí", ¿con qué frecuencia?

- Todo el tiempo .....
- Con mucha frecuencia .....
- A veces .....
- Pocas veces .....

P46 En el último mes, ¿tuvo suficiente energía para hacer lo que debía en el trabajo, la escuela o el hogar?

- Sí .....
- No .....
- No estoy seguro .....

P47 Si responde "Sí", ¿con qué frecuencia?

- Todo el tiempo .....
- Con mucha frecuencia .....
- A veces.....
- Pocas veces .....

P47a Durante los últimos siete días, ¿cuántas raciones de frutas y vegetales pudo, por lo general, comer cada día?

- Ninguna.....
- De 1 a 3.....
- Más de 3.....

P47b Durante los últimos siete días, ¿cuántas raciones de alimentos con alto contenido de fibra o integrales pudo comer, por lo general, cada día?

- Ninguna .....
- De 1 a 3.....
- Más de 3 .....

P47b Durante los últimos siete días, ¿cuántas raciones de alimentos fritos o con alto contenido de grasa comió, por lo general, cada día?

- Ninguna .....
- De 1 a 3.....
- Más de 3 .....

P47d Durante los últimos siete días, ¿cuántas bebidas endulzadas con azúcar (no dietéticas) tomó, por lo general, cada día?

- Ninguna .....
- De 1 a 3.....
- Más de 3 .....

P48 ¿Hace ejercicio regularmente?

- Sí.....
- No .....
- No estoy seguro .....

P49 Si responde "Sí", ¿cuántas veces a la semana hace ejercicio?

- 1 o 2 veces por semana .....
- 3 a 5 veces por semana .....
- Más de 6 veces por semana .....

P50 ¿Usa productos derivados del tabaco?

- Sí.....
- No .....
- No estoy seguro .....

P50a ¿Le interesaría dejar de usar tabaco dentro del próximo mes?

- Sí.....
- No .....
- No estoy seguro .....

P51 Si responde "Sí", ¿desearía obtener información escrita sobre cómo dejar de fumar o dejar de usar productos derivados del tabaco?

- Sí.....
- No .....

P52 ¿Bebe alcohol?

- Sí.....
- No .....
- No estoy seguro .....

P53 Si responde "Sí", ¿con qué frecuencia bebe alcohol?

- 1 o 2 veces por semana .....
- 3 a 5 veces por semana .....

P54 ¿Tiene objetivos personales?

- Sí.....
- No .....

Si responde "Sí", ¿cuáles son?

P55 ¿Usa el cinturón de seguridad?

- Sí.....
- No .....
- No estoy seguro .....

P56 Si responde "Sí", ¿con qué frecuencia?

- Siempre.....
- A veces .....
- Nunca .....

P57 ¿Quién más vive en el hogar? Marque todo lo que corresponda o marque N/A.

- Cónyuge/Pareja .....
- Hijo(a)/Hijastro(a) .....
- Familia ampliada .....
- Hermano(a).....
- Abuelo/Abuela.....
- Tía/Tío.....
- Amigo de la familia.....
- Padre/Madre .....
- Compañero(a) de habitación.....
- N/A.....
- Otro (describa a continuación) .....

P57a Si tiene niños menores de 8 años en su familia, ¿usa un asiento para niños cuando conduce?

- Sí .....
- No .....
- No estoy seguro .....

P57b Si responde "Sí", ¿con qué frecuencia?

- Siempre .....
- A veces .....
- Nunca .....

P58 ¿Informó el miembro alguno de los siguientes problemas?

- Sí .....
- No .....

Marque todo lo que corresponda:

- Problemas legales .....
- Vivienda inestable/Falta de hogar .....
- Problemas de seguridad (violencia doméstica, abuso) .....
- Sin alimentos suficiente/Sin acceso a alimentos .....
- Falta de dinero para alimentos .....
- Financieros .....
- Necesita ayuda con las facturas de calefacción y luz..
- Transporte.....
- Acceso a la atención médica .....
- Vestimenta .....
- Ninguno .....
- Otro (Describa a continuación) .....

P59 ¿Desearía obtener información sobre otros temas de salud?

- Sí.....
- No .....
- No estoy seguro .....

Si responde "Sí", mencione los temas de salud que le interesan.

## Raza y origen étnico

P60 ¿Cómo describiría su raza? Marque todas las opciones que correspondan.

- Indio americano/Nativo de Alaska.....
- Asiático .....
- Negro/Afroamericano.....
- Hispana/Latina/Española.....
- Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico .....
- Blanco .....
- Otra raza.....
- Se desconoce/no se especifica.....

P61 ¿Cómo describiría su origen étnico? Puede elegir hasta dos opciones. Por ejemplo, "Estadounidense" o "Mexicano", o "Cubano y puertorriqueño".

- Africano .....
- Afroamericano.....
- Estadounidense.....
- Asiático .....
- Indio asiático .....
- Brasileño .....
- Camboyano .....
- Caboverdiano .....
- De las islas del Caribe.....
- Centroamericano (no se especifica de otro modo).
- Chicano .....
- Chino.....
- Colombiano .....

- Cubano .....
- Dominicano .....
- Europeo Oriental.....
- Europeo .....
- Filipino .....
- Guatemalteco .....
- Hondureño .....
- Japonés .....
- Coreano.....
- Laosiano .....
- Mexicano .....
- Mexicano estadounidense.....
- De Medio Oriente .....
- Portugués .....
- Puertorriqueño .....
- Ruso.....
- Salvadoreño .....
- Sudamericano (no se especifica de otro modo) .....
- Vietnamita .....
- Otro origen étnico.....
- Se desconoce/no se especifica .....

## ¡Gracias!

Gracias por tomarse el tiempo de completar este formulario de evaluación. Fallon revisará sus respuestas para determinar si hay programas de administración de la atención, materiales educativos u otros recursos que le puedan ser útiles.

Si necesita ayuda o tiene preguntas sobre esta evaluación de salud, llame al Servicio al Cliente al número que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación de miembro, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

Solamente para uso de la oficina:

Fecha de devolución: \_\_\_\_\_

Fecha de revisión: \_\_\_\_\_