

# Evaluación integral de administración de cuidados médicos ampliada

California | Anthem Blue Cross | Atención administrada de Medi-Cal

## Información de antecedentes

Esta evaluación está diseñada como herramienta para usted, como administrador de cuidados médicos principal, para evaluar las necesidades de salud de un miembro C/Y y ayudar al miembro C/Y a participar en el beneficio de Administración de cuidados médicos ampliada (ECM). Hoy y durante las próximas una a tres visitas, usted y el miembro C/Y llenarán esta evaluación juntos y, desde ahí, desarrollarán metas y próximos pasos que apoyen la salud y bienestar en general del miembro C/Y.

Indique si usó algunas de las evaluaciones o herramientas llenadas recientemente para llenar/informar esta evaluación. (El administrador de cuidados médicos principal debe incorporar los hallazgos de todas las evaluaciones disponibles. Las evaluaciones no reemplazan esta evaluación integral pero deben informar el desarrollo del plan de salud).

- |                                                                                             |                                             |                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ACEs<br>(Si no llenó ninguna ACE, refiera a PCP/SW para revisión). | <input type="checkbox"/> Sí. Fecha llenada: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A |
| <input type="checkbox"/> Herramienta de evaluación de necesidades*                          | <input type="checkbox"/> Sí. Fecha llenada: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A |
| <input type="checkbox"/> Evaluación CPSP (embarazada/posparto)                              | <input type="checkbox"/> Sí. Fecha llenada: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de riesgo de salud<br>(justicia involucrada)            | <input type="checkbox"/> Sí. Fecha llenada: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A |
| <input type="checkbox"/> Plan de salud de reentrada<br>(justicia involucrada)               | <input type="checkbox"/> Sí. Fecha llenada: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A |
| <input type="checkbox"/> Otro(s) (Enumere con fecha llenada):                               |                                             |                                                          |

## Sección 1. Datos demográficos

Fecha de hoy:	Nombre del paciente:
Fecha de nacimiento:	ID de Medi-Cal:

\* La Herramienta de evaluación de necesidades es usada por el DMH.

Evaluación integral de administración de cuidados médicos ampliada

Página 2 de 18

Pob de enfoque (según se identificó en el formulario de referencia/autorización): <input type="checkbox"/> Experimenta falta de vivienda <input type="checkbox"/> Familias sin vivienda <input type="checkbox"/> En riesgo de uso evitable de hospital o ED <input type="checkbox"/> Necesidades graves de salud mental y/o SUD <input type="checkbox"/> Transición desde encarcelamiento <input type="checkbox"/> Vive en la comunidad que está en riesgo de institucionalización de LTC <input type="checkbox"/> Residentes de centro de enfermería en transición a la comunidad <input type="checkbox"/> Equidad de nacimiento		
¿Hay alguien más en la familia inscrito en ECM? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder  Si es sí, enumere los nombres de miembros de la familia, relaciones con el miembro y sus proveedores de ECM:		
Nombre y/o pronombres preferidos:	Identificación de género:	
Idioma escrito/hablado preferido:	Necesita intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Idioma:	
Nacionalidad/tribu/origen étnico (seleccione todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Amerindio/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro		
¿Dónde quisiera recibir correo? (Incluya dirección física y tipo de lugar tal como casa, casa de un amigo u oficina del DPSS).	Teléfono(s) de casa:	Teléfono(s) celular(es):
¿Está bien el contacto en persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es no, ¿cuál es su método de contacto preferido? (Seleccione todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <i>Recordatorio: El método de contacto preferido de ECM es en persona.</i>	Direcciones de correo electrónico:	
Lugar(es) de contacto preferido(s). (¿Está cómodo reuniéndose en su casa? ¿Dónde quisiera reunirse por lo general?):		
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"/> Rechazó responder	Fecha de ingreso a ECM: _____ <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Escrita <input type="checkbox"/> N/A — protegido desde HHP/WPC	
¿Hay alguna persona o lugar que podamos contactar si necesitamos comunicarnos con usted? (Enumere la relación de la persona y la información de contacto o dirección y descripción del lugar, tal como un refugio).	¿Es veterano/fue dado de baja de las fuerzas armadas de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder	

## Sección 2. Cultura

¿Tiene alguna creencia religiosa y/o espiritual que sea importante para la salud y bienestar de su familia?

Sí  No  Rechazó responder

Si es sí, describa:

## Sección 3. Salud física

En general, diría que su salud es:  Muy buena  Buena  Mala  Rechazó responder

Deme más información sobre por qué eligió esta calificación:

Comparada con hace (1) año, es su salud:  Mucho mejor  Algo mejor  Casi igual  Algo peor  
 Mucho peor que hace (1) año  Rechazó responder

Comentarios sobre por qué eligió esta calificación.

¿Cuántas veces ha estado en la sala de emergencias en los últimos 6 meses?

Ninguna  1 vez  2 veces  3 veces o más  No recuerda/No está seguro  Rechazó responder

Comentarios:

¿Cuántas veces ha sido un paciente en el hospital en los últimos 6 meses?

Ninguna  1 vez  2 veces  3 veces o más  No recuerda/No está seguro  Rechazó responder

Comentarios:

En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha estado en una casa de reposo, rehabilitación y/o cuidado de recuperación?

Ninguna  1 vez  2 o más veces  Rechazó responder

Comentarios (incluyendo cuáles entornos):

¿Sabe quiénes son sus proveedores de cuidados médicos regularmente asignados?  Sí  No

Nombres de los proveedores/clínicas/# de teléfono:

Si es sí, ¿cuándo fue la última vez que visitó a su médico regular?

Hace menos de 3 meses  Hace menos de 6 meses  Hace 6 a 12 meses

Hace más de 1 año  No está seguro

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

Nombre del proveedor/clínica/número de teléfono:

¿Ha realizado una visita dental en los últimos 12 meses?  Sí  No  No está seguro  Rechazó responder

Nombre del dentista/número de teléfono:

¿Tiene algún problema de alimentación (por ejemplo, apetito, masticar, tragar)?

Comentarios:

¿Le ha dicho un médico o proveedor médico que usted tiene alguna condición médica?  Sí  No

Si es sí, incluya las fechas de diagnóstico estimadas:

**Si es sí, marque todas las que apliquen:**

- Artritis/dolor crónico  Asma (dificultad para respirar)  Hinchazón de tobillos/piernas  
 Alzheimer/demencia/pérdida de la memoria  Cáncer  
 EPOC/enfisema/bronquitis (problemas para respirar)  
 Insuficiencia cardíaca congestiva  Problemas de circulación  
 Diabetes, Tipo 1  Diabetes, Tipo 2  Prediabetes  
 Problemas cardíacos (ataque cardíaco, dolor en el pecho)  VIH/SIDA  Hepatitis (problemas del hígado)  
 Colesterol alto  Hipertensión (presión arterial alta)  Enfermedad renal  Osteoporosis  Parkinson  
 Discapacidad física/para/cuadruplégico/amputación  Fractura reciente  
 Convulsiones  Anemia falciforme  Trasplante:  Historial de TB  Problemas urinarios

Otras condiciones no enumeradas arriba (incluyendo una herida que necesite cuidado):

¿Tiene problemas con su vista?  Sí  No

Si es sí, describa:

Si tiene diabetes, ¿se hizo un examen de retina diabética el año pasado?  Sí  No  N/A

¿Tiene problemas con su audición?  Sí  No

Si es sí, describa:

### Cuidado preventivo

¿Se ha puesto alguna de las siguientes vacunas?

COVID 19  Sí (fecha si la conoce): \_\_\_\_\_  No  No está seguro

Influenza  Sí (fecha si la conoce): \_\_\_\_\_  No  No está seguro

Tétano  Sí (fecha si la conoce): \_\_\_\_\_  No  No está seguro

Neumonía  Sí (fecha si la conoce): \_\_\_\_\_  No  No está seguro

Herpes  Sí (fecha si la conoce): \_\_\_\_\_  No  No está seguro

Otra (enumere con fechas, si las conoce):

¿Tiene alguna pregunta o necesita apoyo para recibir sus vacunas?

¿Se ha hecho alguna de las siguientes pruebas de detección/análisis?

Colonoscopia (5 años)  Mamografía (2 años)  Papanicolaou (3 a 5 años)  Densidad ósea

Azúcar en sangre (HbA1C, 12 meses)  Función renal, fecha:  Examen de la vista, fecha:

## Sección 4. Medicamentos

Dígame qué medicamentos (incluyendo control de natalidad, medicamentos de venta libre, vitaminas, etc.) está tomando actualmente. Si se necesita más espacio, incluya información en el dorso de esta evaluación o espacio en blanco disponible. Adicionalmente, si se conocen los nombres y dosis de los medicamentos actuales, intente captar información adicional como pueda (tal como medicamento para diabetes o presión arterial alta).

Nombre del medicamento	Cuántas veces (frecuencia)	Cómo se administra (vía)	Dosis

Adjunte una lista de medicamentos adicionales.

¿Está teniendo problemas para surtir sus medicamentos?  Sí  No

Si es sí, comentarios:

A veces la gente se salta la toma de sus medicamentos. Pensando en la semana pasada, ¿hubo días en que no se tomó sus medicamentos según se los recetaron?  Sí  No

Si es sí, describa qué lo estorba:

¿Necesita ayuda para tomar sus medicamentos?  Sí  No  N/A  Rechazó responder

## Sección 5. Actividades de la vida diaria (ADL)

¿Necesita ayuda con alguna de estas actividades?

Tomar un baño o una ducha: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:	Subir escaleras: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:
Comer: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:	Vestirse: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:
Cepillarse los dientes, cepillarse el cabello, afeitarse: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:	Preparar comidas o cocinar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:
Levantarse de una cama o silla: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:	Comprar y conseguir alimentos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:

Evaluación integral de administración de cuidados médicos ampliada

Página 6 de 18

Usar el inodoro: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:	Caminar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:		
Lavar platos o ropa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:	Hacer cheques o llevar la cuenta del dinero: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:		
Conseguir transporte para ir al médico o ver a sus amigos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:	Hacer trabajos en la casa o el patio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:		
<b>¿Necesita ayuda con alguna de estas actividades?</b>			
Salir a visitar a familiares o amigos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:	Usar el teléfono: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:		
Estar al tanto de las citas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:			
Si es sí, ¿está recibiendo toda la ayuda que necesita con estas actividades? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:			
¿Se ha caído en el mes pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene miedo de caerse? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:			
¿Expresan sus amigos o familiares preocupaciones sobre su capacidad para cuidarse a sí mismo? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No Comentarios:			
<i>*Si es sí, consulte con el consultor y supervisor clínico.</i>			
<b>¿Usa o necesita alguno de los siguientes? (Seleccione todos los que apliquen):.</b>			
<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 auditivo <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita
<input type="checkbox"/> TTY (apoyo visual) <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 agarre <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Asiento/silla elevada para el inodoro <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 alimentarios <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Cama de hospital <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"/> CPAP/BiPAP <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Suministros para diabetes <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita
<input type="checkbox"/> Letras grandes <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Gabinete <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Sonda urinaria <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Infusiones IV para 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/succión <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Dispositivo elevador (para trasladarse) <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Usa <input type="checkbox"/> Necesita
Comentarios:			

## Sección 6. Manejo del dolor

¿Padece dolor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder Si es sí, responda a continuación.
Durante la semana pasada, ¿en qué medida el dolor interfirió con sus actividades normales (incluyendo trabajar fuera de la casa y/o tareas domésticas)? <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Un poquito <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Sumamente <input type="checkbox"/> Rechazó responder

## Sección 7. Embarazo/posparto

N/A para la Sección 7, Embarazo/posparto (por ejemplo, no está en edad de procrear).

Continuar a la Sección 8.

¿Está embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder Comentarios:
¿Ha dado a luz en los últimos 12 meses? (Incluya parto vivo o muerto; aborto espontáneo [SAB, aborto espontáneo]; o un aborto inducido por motivos médicos [TAB, aborto terapéutico]) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder Comentarios:
¿Está planeando embarazarse? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está segura <input type="checkbox"/> Rechazó responder Comentarios:
<b>Si es sí a embarazada actualmente, se deben llenar las siguientes preguntas. <input type="checkbox"/> N/A</b>
¿Cuántos meses de embarazo tiene? _____ <input type="checkbox"/> No está segura <input type="checkbox"/> Rechazó responder
Fecha de parto: _____ <input type="checkbox"/> No está segura <input type="checkbox"/> Rechazó responder
¿Le han dicho que está embarazada de más de un bebé? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: _____ <input type="checkbox"/> No está segura <input type="checkbox"/> Rechazó responder
¿Tiene usted los siguientes planes para embarazo y trabajo de parto y parto?  <b>Plan de parto:</b> <input type="checkbox"/> Tiene <input type="checkbox"/> No tiene, pero quiere <input type="checkbox"/> No tiene y no quiere <b>Deseos para el parto:</b> <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Natural (sin medicación/sin epidural) <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Parto vaginal después de cesárea (VBAC) <b>Lugar del parto:</b> _____ <b>Clases de parto:</b> <input type="checkbox"/> Tiene <input type="checkbox"/> No tiene, pero quiere <input type="checkbox"/> No tiene y no quiere <b>Personas para apoyo en el trabajo de parto (incluyendo doulas):</b> <input type="checkbox"/> Tiene <input type="checkbox"/> No tiene, pero quiere <input type="checkbox"/> No tiene y no quiere Enumere: _____
<b>Entrar al trabajo de parto:</b> Cuándo llamar a alguien y/o ir a su lugar de parto: <input type="checkbox"/> Sé lo que debo hacer <input type="checkbox"/> Necesito ayuda con esto
<b>Metas/plan para transporte al hospital:</b> <input type="checkbox"/> Tiene <input type="checkbox"/> No tiene, pero quiere <input type="checkbox"/> No tiene y no quiere

<p><b>Metas de cuidado de niños/planes para otros hijos:</b> <input type="checkbox"/> Tiene <input type="checkbox"/> No tiene, pero quiere <input type="checkbox"/> No tiene y no quiere <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><b>Planes de amamantamiento:</b> <input type="checkbox"/> Tiene <input type="checkbox"/> No tiene, pero quiere <input type="checkbox"/> No tiene y no quiere</p> <p>Comentarios:</p>
<p><b>Si es sí a haber dado a luz en los últimos 12 meses,</b> se deben llenar las siguientes preguntas. <input type="checkbox"/> N/A <i>Dar a luz incluye parto vivo o muerto; aborto espontáneo (SAB, aborto espontáneo); o un aborto inducido por motivos médicos (TAB, aborto terapéutico).</i></p>
<p>¿Tuvo algún problema con el parto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Comentarios:</p>
<p>¿Tiene(n) su(s) bebé(s) alguna necesidad médica especial? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está segura <input type="checkbox"/> N/A (por ejemplo, nacido muerto, SAB, TAB)</p> <p>Comentarios:</p> <p>¿Necesita algún apoyo de salud mental producto de su experiencia de parto? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Comentarios:</p> <p><i>*Considere las conexiones necesarias para el bebé, como servicios de CCS o ECM.</i></p>
<p>¿Qué está disfrutando más acerca de su nuevo bebé?</p> <p>¿Qué es más difícil?</p> <p><input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p>
<p>¿Se están ajustando sus familiares al bebé? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Comentarios:</p>
<p>¿Está amamantando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Si es no, ¿quisiera o planea hacerlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está segura <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p><b>Si es sí a cualquiera:</b></p> <p>¿Siente que necesita ayuda con el amamantamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>¿Necesita un sacaleches? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p>
<p>¿Tiene alguna preocupación acerca de la alimentación de su bebé (amamantamiento, alimentación con biberón)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Comentarios:</p>
<p><b>Si es sí a embarazada o haber dado a luz en los últimos 12 meses,</b> llene a continuación.</p> <p><input type="checkbox"/> N/A (por ejemplo, embarazo resultó en parto muerto, SAB o TAB; o solo haga preguntas que apliquen)</p>
<p>¿Cuándo fue su cita prenatal o posparto más reciente? _____</p> <p><input type="checkbox"/> No está segura <input type="checkbox"/> Rechazó responder <input type="checkbox"/> No ha ido a ninguna cita; comentarios:</p>



Evaluación integral de administración de cuidados médicos ampliada

Página 9 de 18

<p>Cuándo es su próxima cita prenatal o posparto: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No está segura <input type="checkbox"/> Rechazó responder <input type="checkbox"/> No hay cita programada</p>
<p>¿Le ha dicho el médico que hay problemas de salud que necesitan seguimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está segura</p> <p>Si es sí, ¿necesita apoyo para darle seguimiento a estos problemas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está segura</p> <p>Comentarios:</p>
<p>¿Se siente apoyada en su embarazo/durante su periodo posparto?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está segura <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Comentarios:</p> <p><i>Basado en la respuesta, consulte con un consultor y supervisor clínico si se necesita para cualquier apoyo de seguimiento.</i></p>
<p>¿Hay personas que fuman alrededor de usted y/o su bebé? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Si es sí, ¿ha conversado sobre esto con su proveedor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está segura <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p>
<p>Necesita algo de lo siguiente durante su embarazo o cuidado de posparto (marque todos los que apliquen):</p> <p><input type="checkbox"/> Educación/recursos sobre embarazo/posembarazo (cambios en el cuerpo, crecimiento del bebé, incomodidades posparto, cuidado personal después del embarazo, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Educación/recursos sobre planificación familiar/control de natalidad</p> <p><input type="checkbox"/> Educación/recursos sobre salud infantil (nutrición, hitos del desarrollo, sueño seguro)</p> <p><input type="checkbox"/> Educación/recursos sobre vacunaciones para sí misma y el bebé</p> <p><input type="checkbox"/> Educación/recursos sobre habilidades de crianza/clases de crianza</p> <p><input type="checkbox"/> Suministros esenciales para el bebé (cuna, pañales, biberones, sacaleches, ropa, mantas y otros suministros)</p> <p><input type="checkbox"/> Asiento para auto</p> <p><input type="checkbox"/> Encontrar cuidado de niños o asistencia para pagar por cuidado de niños</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p> <p><input type="checkbox"/> Rechazó responder</p>
<p>¿Tiene un médico para su bebé? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Si es sí, nombre del proveedor/número de teléfono:</p>
<p>¿Cuándo (día y/o mes) llevó a su bebé más recientemente al médico?</p> <p>Respuesta: _____ <input type="checkbox"/> No estoy segura <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>¿Le ha dicho el médico que hay problemas de salud con su bebé que necesitan seguimiento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está segura</p> <p>Si es sí, ¿necesita apoyo para darle seguimiento a alguno de estos problemas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está segura</p>
<p>¿Tiene usted un dentista para su bebé?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A (no tiene dientes y menos de 1 año de edad) <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Si es sí, nombre del proveedor/número de teléfono:</p> <p>Fecha de la última visita (si la conoce) o una fecha aproximada: _____</p>

### Evaluación de la escala de depresión posnatal de Edinburgh (EPDS)

Rechazó llenarla (y motivo, si lo proporcionó):

La miembro ha llenado por sí misma la evaluación [en línea aquí](#). La miembro debe llenar la escala por sí misma a menos que su inglés sea limitado o tenga problemas de lectura.

**Puntuación:**

- Puntuación de 9 y superior: Consulte con el consultor y supervisor clínico.
- Puntuación de 13 y superior: Consulte con el consultor y supervisor clínico e inicie referencia para salud conductual.

Puntuación positiva (1, 2 o 3) en la pregunta 10: Se requiere conversación inmediata: consulte con el consultor y supervisor clínico e inicie referencia para salud conductual.

## Sección 8. Salud conductual

### Historial de salud mental

¿Le ha dicho alguna vez un proveedor de cuidado médico o salud mental que usted tiene un diagnóstico de salud mental (incluyendo depresión posparto o ansiedad posparto)?

Sí  No  No está seguro  Rechazó responder

Comentarios:

**Si es sí a lo de arriba:**

¿Qué diagnóstico le han dado?

Depresión  Trastorno bipolar  Esquizofrenia  Ansiedad  PTSD  Rechazó responder

Otro(s):

Comentarios:

Si es sí, ¿ha tenido una hospitalización psiquiátrica?  Sí  No  No está seguro  Rechazó responder

Si es sí, enumere las fechas, motivos, resultados, lugares:

Si es sí, ¿ha recibido tratamiento ambulatorio?  Sí  No  No está seguro  Rechazó responder

Si es sí, enumere las fechas, motivos, resultados, lugares:

Si es sí, ¿ha recibido algún otro tipo de tratamiento?  Sí  No  No está seguro  Rechazó responder

Si es sí, describa:

¿Puede proporcionar la información de contacto de su proveedor de salud mental actual o anterior?

Nombre del proveedor:

Número de teléfono:

Durante el mes pasado (30 días), ¿cuántos días se ha sentido solo? (Marque una casilla).

Ninguno — Nunca me siento solo  Menos de 5 días  Más de la mitad de los días (más de 15)

La mayoría de los días — Siempre me siento solo  Rechazó responder

<b>Depresión</b>
Las siguientes son preguntas del <i>Cuestionario de salud del paciente (PHQ)</i> , preguntas 1, 2 y 9.
<input type="checkbox"/> No se llenó porque el EPDS fue llenado arriba. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguna de las siguientes situaciones?
<ul style="list-style-type: none"><li>• Poco interés o placer en hacer cosas <input type="checkbox"/> Para nada   <input type="checkbox"/> Varios días   <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días   <input type="checkbox"/> Casi todos los días</li><li>• Sentirse triste, deprimido o desesperado <input type="checkbox"/> Para nada   <input type="checkbox"/> Varios días   <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días   <input type="checkbox"/> Casi todos los días</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse <input type="checkbox"/> Para nada   <input type="checkbox"/> Varios días   <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días   <input type="checkbox"/> Casi todos los días</li></ul>
<i>Si la respuesta es varios días o más de cualquiera de estos, consulte con un consultor y supervisor clínico.</i>
<b>Ansiedad</b>
Las siguientes son preguntas de las <i>2 Preguntas sobre el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-2)</i> .
Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestia por los siguientes problemas?
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sentirse nervioso, ansioso o al borde <input type="checkbox"/> Para nada   <input type="checkbox"/> Varios días   <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días   <input type="checkbox"/> Casi todos los días</li><li>• No poder detener o controlar su preocupación <input type="checkbox"/> Para nada   <input type="checkbox"/> Varios días   <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días   <input type="checkbox"/> Casi todos los días</li></ul>
<i>Si la respuesta es varios días o más de cualquiera de estos, consulte con un consultor y supervisor clínico.</i>
<b>Trauma y factores estresantes</b>
Las siguientes son preguntas de las <i>2 Preguntas sobre el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-2)</i> .
A veces a la gente le suceden cosas que son inusual o especialmente aterradoras, horribles o traumáticas que dejan un impacto en nuestra vida diaria. ¿Le interesa recibir apoyo con esto, tal como referencia a una profesional de salud mental, grupos de apoyo y habilidades de afrontamiento?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder
Comentarios:
<b>Funcionamiento cognitivo</b>
¿Ha tenido algún cambio en su manera de pensar, recordar o tomar decisiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comentarios:
El mes pasado, ¿se ha sentido preocupado, asustado o confundido de que algo pudiera estar mal con su mente o su memoria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comentarios:
<b>Puntuación:</b> Si el paciente marca sí a cualquier casilla, consulte con el consultor y supervisor clínico.

**Sección 9. Abuso de sustancias**

El miembro rechazó llenarlo.

Comentarios:

<i>Tengo algunas preguntas sobre su experiencia con el alcohol, los productos de nicotina, la marihuana y otras sustancias. Algunas de las sustancias de las que hablaremos son recetadas por un médico, pero solo me centraré en si las ha tomado por razones distintas a las recetadas o en dosis distintas a las recetadas.</i>					
<b>En los últimos 6 meses, con qué frecuencia ha usado lo siguiente:</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 a 2 veces</b>	<b>Mensualmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diariamente</b>
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Productos de nicotina (cigarrillos, vapeo, tabaco para mascar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar medicamentos recetados no como los recetaron (encierre en círculo cualquiera relevante):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analgésicos</li> <li>• Medicamentos para ADHD</li> <li>• Pastillas para dormir</li> <li>• Otro:</li> </ul>					
Marihuana o productos con THC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras sustancias. Por ejemplo, cocaína, metanfetaminas, heroína, alucinógenos, inhalantes, drogas de diseño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>¿Alguna vez ha sentido que debería reducir su consumo de bebidas alcohólicas o uso de drogas?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Si es sí, vaya la siguiente pregunta.</p>					
<p>¿Quisiera hablar con alguien sobre su uso de sustancias, especialmente si está pensando en dejarlo o reducirlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> No estoy seguro <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p>					
<p>¿Está recibiendo actualmente o ha recibido tratamiento para abuso de sustancias?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> No estoy seguro <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Si es sí, ¿puede describir el tratamiento que recibió (por ejemplo: tratamiento residencial; tratamiento ambulatorio; o tratamiento asistido por medicamentos tales como Vivitrol, Suboxone, Naltrexone, Methadone o Subutex)?</p> <p>¿Puede proporcionar la información de contacto del lugar donde está recibiendo o ha recibido tratamiento?  Nombre del proveedor:  Número de teléfono:  <input type="checkbox"/> Recibiendo tratamiento actualmente <input type="checkbox"/> Recibió tratamiento anteriormente</p>					
<p>Comparta cualquier información adicional sobre su abuso de sustancias pasado (por ejemplo, más de los 6 últimos meses, historial familiar):</p>					
<p><i>Nota: Si hay alguna preocupación de seguridad para el miembro o su familia, consulte con el consultor y supervisor clínico.</i></p>					
<p>Comentarios:</p>					

## Sección 10. Factores de desarrollo

Haga la pregunta siguiente solo si esta información no está disponible ya para el equipo del proveedor de ECM.

**Pregunta para el paciente o familia/cuidador/administrador de casos (dependiendo de la capacidad individual para responder):**

¿Alguna vez un proveedor de cuidados médicos le ha dicho a usted o a su familia que cuando usted era niño o adulto tenía un retraso en el desarrollo, una discapacidad o una lesión cerebral que afectaba su capacidad para pensar claramente (por ejemplo, lesión cerebral traumática, trastorno del espectro autista, ADHD, discapacidad del aprendizaje)?

Sí  No  No está seguro  Rechazó responder

Comentarios:

## Sección 11. Conocimientos de salud

Me gustaría preguntarle sobre cómo cree que está manejado sus condiciones médicas.

- ¿Necesita ayuda para llenar formularios de salud?  Sí  No  N/A  Rechazó responder
- ¿Necesita ayuda para responder preguntas durante una visita al médico?  
 Sí  No  N/A  Rechazó responder

## Sección 12. Determinantes sociales de la salud (SDoH)

Vivienda
¿Cuál es su condición actual de vivienda? <input type="checkbox"/> Estable y segura <input type="checkbox"/> Motel <input type="checkbox"/> Garaje o parte de un espacio de vivienda <input type="checkbox"/> Quedándose con amigos <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Refugio temporal <input type="checkbox"/> Migración frecuente <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Rechazó responder Comentarios:
¿Está preocupado por perder su vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder Si es sí, explique:
¿Qué le preocupa más sobre su situación de vivienda?
¿Alguien lo está ayudando actualmente con su apoyo de vivienda (por ejemplo, navegador de vivienda, administración de casos o derechos de los inquilinos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A

Entorno de vivienda		
¿Puede vivir de manera segura y fácil en su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder		
Si es no, el lugar donde vive tiene:		
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
Rieles para cualquier escalera/rampa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Agua caliente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Inodoro en interiores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Una puerta hacia el exterior con cerradura <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escaleras para entrar a su casa o escaleras dentro de su casa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Elevador <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Espacio para usar una silla de ruedas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vías despejadas para salir de su casa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Comentarios:		
Seguridad		
¿Se siente física y emocionalmente seguro en el lugar donde vive actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*		
Si es no, describa:		
<i>*Si es no, consulte con el consultor y supervisor clínico.</i>		
¿Hay alguien quedándose en su casa sin su permiso? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No		
Si es sí, explique:		
<i>Si es sí, consulte con el consultor y supervisor clínico.</i>		
¿Tiene miedo de alguien o alguien lo está lastimando? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No		
Si es sí, explique:		
<i>Si es sí, consulte con el consultor y supervisor clínico.</i>		
¿Hay alguien usando su dinero sin su aprobación? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No		
Si es sí, explique:		
<i>Si es sí, consulte con el consultor y supervisor clínico.</i>		
Seguridad alimentaria		
En los últimos 12 meses, ¿redujeron usted u otros adultos en su hogar el tamaño de sus comidas o se saltaron comidas porque no había suficiente dinero para comer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder		
¿Con qué frecuencia tiene hambre o no come porque no hay suficiente comida en la casa? <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> No con frecuencia <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder		
¿Come menos de lo que cree que debería porque no hay suficiente comida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder		
Comentarios:		

<b>Conexión/apoyo social</b>
<p>¿Con quién vive?</p> <p><input type="checkbox"/> Vivo solo</p> <p><input type="checkbox"/> Vivo con mi cónyuge o un ser querido. Si la marcó, enumere más información de las relaciones y edades:</p> <p><input type="checkbox"/> Vivo con niños u otros parientes o amigos. Si la marcó, enumere más información de las relaciones y edades:</p> <p><input type="checkbox"/> Vivo con mi cuidador. Si la marcó, enumere más información de las relaciones y edades:</p>
<p><input type="checkbox"/> Vivo con otros residentes en mi centro/programa.</p> <p><input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>¿Vive con algún niño no enumerado ya arriba? De ser así, incluya las edades:</p>
<p>¿Con qué frecuencia ve o habla con personas que le importan y a las que se siente cercano? (Por ejemplo, hablar con amigos por teléfono, visitar amigos o familia, ir a la iglesia o reuniones del club).</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana   <input type="checkbox"/> 1 o 2 veces a la semana   <input type="checkbox"/> 3 a 5 veces a la semana <input type="checkbox"/> 5 o más veces a la semana   <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p>
<p>¿Está cuidando a alguien y/o a alguna mascota?   <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si es sí, describa:</p>
<b>Familiar/apoyos individuales (incluyendo recursos y participación del cuidador)</b>
<p>¿Tiene familiares, amigos u otras personas dispuestos a ayudarle cuando lo necesite?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Comentarios:</p>
<p>¿Tiene un cuidador que le ayude?   <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Si es sí, nombre e información de contacto (teléfono/correo electrónico):</p>
<p>¿Alguna vez cree que su cuidador tiene dificultades dándole toda la ayuda que usted necesita?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Si es sí, explique:</p>
<p>¿Tiene un trabajador de servicios de apoyo en el hogar (IHSS)?   <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Si es sí, ¿cuántas horas de IHSS está recibiendo? _____</p> <p>Nombre del trabajador de IHSS:</p> <p>Número de teléfono de contacto:</p>

Comentarios:

### Sección 13. Beneficios y otros servicios

**Financiamiento/fuente de beneficios/servicios:**

- WIC (enumere el sitio): \_\_\_\_\_  Beneficios de CalFresh (SNAP)  Receptor de TANF
- Receptor de SSI  Receptor de SSDI
- Receptor de SSA (jubilación)  Otros ingresos de jubilación  Empleado  Beneficios del VA
- Alivio general  CalWorks  Programa de visita a domicilio (enumere): \_\_\_\_\_
- Otros:
- Ninguno

¿A veces se queda sin dinero para pagar alimentos, renta, facturas y medicamentos?

- Sí  No  Rechazó responder

¿Cuál es su situación laboral actual?  Rechazó responder  Tiempo parcial  Tiempo completo

- Estudiante  Jubilado

Otro:

¿Impredecible (tal como trabajo por día)?  Sí  No

¿Hay alguna preocupación o problema con su empleo?

- Sí  No  Rechazó responder

Si es sí, describa:

¿Está recibiendo algún servicio de alguno de los programas a continuación?:

- Cuidado y apoyo a largo plazo (SNF, centro de rehabilitación)  Family PACT
- Servicios para adultos basados en la comunidad
- Administración de Asuntos de Veteranos  Programas de cuidado paliativo  Centro regional
- Servicios para Niños de California
- Otro:
- Ninguno

### Sección 14. Participación legal

En los últimos 12 meses, ¿ha estado involucrado con lo siguiente:

- Servicios ordenados por la corte  Libertad condicional  Libertad bajo palabra
- Programa de reingreso  DUI/licencia restringida  Servicios de Protección de Adultos (APS)
- Servicios de Protección al Menor (CPS)  Servicios legales comunitarios  Ninguno
- Rechazó responder  Otro (enumere):

Comentarios:

Información de contacto según aplique (nombre, número, organización):



El año pasado, ¿ha pasado más de dos (2) noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional juvenil?  Sí\*  No  Rechazó responder

*\*Si es sí, diga: "Quisiera coordinar con alguien con el que esté trabajando relacionado con su estadía en \_\_\_\_\_ para que podamos trabajar juntos para apoyarlo a usted y sus metas. ¿Puedo contactar a esa persona con usted?"*

¿Alguna vez se ha asociado con miembros de una pandilla o ha estado involucrado en una?

Sí  No  Rechazó responder

Si es si, ¿cuál es su estado actual?

## Sección 15. Planificación anticipada del cuidado

La planificación de vida es un aspecto importante de la salud integral y las necesidades de planificación de uno.

¿Tiene un documento de planificación de vida o una directiva anticipada en vigencia?

Sí  No  Rechazó responder

¿Tiene un representante autorizado para que hable en su nombre acerca de problemas?

Sí  No  Rechazó responder

Nombre y relación:

¿Quiere información sobre estos temas?  Sí  No  Rechazó responder

## Sección 16. Prioridades del miembro

¿Qué le preocupa más sobre su salud física o mental?

¿Cuál es una cosa que le gustaría hacer ahora mismo para mejorar su salud (tal como reducir la ingesta de bebidas con cafeína o azucaradas?) (Nota: Proporcione ejemplos fáciles de reducción de daños).

¿Qué le gustaría lograr de nuestro trabajo y tiempo juntos?

De la reunión de hoy, ¿qué le viene a la mente como sus principales dos o tres metas para su salud, bienestar y situación social y/o de vivienda para los próximos tres a seis meses?

1.

.....

2.

.....

3.

### Resumen del relato

Incluya <b>necesidades primarias</b> identificadas de la evaluación:	
Próximos pasos	Persona responsable
1.	
2.	
3.	
Próxima cita/lugar:	

**Nota importante:** A usted no se le permite utilizar o divulgar información médica protegida acerca de personas a quienes usted no está tratando o que no están inscritas en su práctica. Esto aplica a información médica protegida accesible en cualquier herramienta en línea, enviada en cualquier medio incluyendo correo, correo electrónico, fax u otro tipo de transmisión electrónica.