

Evaluación integral de administración de cuidados médicos ampliada para niños y jóvenes

Antecedentes

Esta evaluación está diseñada como herramienta para usted, como administrador de cuidados médicos principal, para evaluar las necesidades de salud de un miembro niño y joven (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.

Sección uno: Indique la población de enfoque del miembro C/Y y otros programas del condado en que está involucrado el miembro C/Y.

El propósito de esta sección es identificar otros programas en los que está involucrado el miembro C/Y y apoyarlo para coordinar el cuidado y las necesidades sociales relacionadas con la salud del miembro C/Y.

Población de enfoque para el miembro C/Y: <input type="checkbox"/> Experimenta falta de vivienda <input type="checkbox"/> En riesgo de utilización evitable de hospital/departamento de emergencia (ED) <input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave/trastorno por el uso de sustancias (SMI/SUD) <input type="checkbox"/> Transición desde centro correccional juvenil <input type="checkbox"/> Servicios para Niños de California/Modelo infantil integral (CCS/WCM) <input type="checkbox"/> Bienestar infantil <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual o del desarrollo (I/DD) <input type="checkbox"/> Embarazo/posparto (<i>según se identificó en el formulario de referencia/autorización</i>)	
Programas en los que está involucrado el miembro C/Y: <input type="checkbox"/> Servicios especializados de salud mental (SMHS) <input type="checkbox"/> Medi-Cal para drogas (DMC) <input type="checkbox"/> Sistema de entrega organizada de Medi-Cal para drogas (DMC-ODS) <input type="checkbox"/> Justicia juvenil <input type="checkbox"/> CCS <input type="checkbox"/> CCS/WCM <input type="checkbox"/> Bienestar infantil <input type="checkbox"/> Servicios de centro regional <input type="checkbox"/> Programa local que atiende a personas embarazadas/posparto (por ejemplo, Programa Integral de Servicios Perinatales [CPSP], Programa de Visita a Domicilio de California [HVP], etc.) (enumere): <input type="checkbox"/> Otro(s), enumere <input type="checkbox"/> N/A	
Fecha de consentimiento para optar por servicios de ECM:	
<input type="checkbox"/> Miembro C/Y <input type="checkbox"/> Padre/tutor/cuidador <input type="checkbox"/> DCFS <input type="checkbox"/> Corte	<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Escrita <input type="checkbox"/> Padre(s) de acogida
¿Hay alguien más en la familia inscrito en ECM? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, enumere los nombres de miembros de la familia, relaciones con el miembro C/Y y los proveedores de ECM:	

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.

<https://providers.anthem.com/ca>

Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Anthem Blue Cross y Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. son licenciatarios independientes de Blue Cross Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Blue Cross of California tiene un contrato con L.A. Care Health Plan para brindar servicios de Atención administrada de Medi-Cal en el Condado de Los Angeles.

Evaluación o herramienta		Fecha llenada	
ACES o PEARLS <i>Si no llenó ninguna evaluación ACE o PEARL, refiera a PCP/SW para revisión.</i>	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Evaluación CANS ¹	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
PSC-35 ²	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Herramienta de evaluación de necesidades ³	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Herramienta de evaluación juvenil ⁴	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Evaluación de salud infantil (DPH Tutela Temporal)	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Encuesta de factores de protección ⁵	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Equipo de evaluación multidisciplinario (DCFS) ⁶	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Evaluación de cuidado del paciente (CCS)	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Evaluación de centro regional (DDS)	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Evaluación CPSP (embarazada/posparto)	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Plan de transición de reingreso (Justicia involucrada)	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Otro(s) (enumere con fecha llenada):			

¹ La Evaluación de necesidades y fortalezas de niños y adolescentes es usada por el DCFS/Bienestar infantil y por SMHS/DMH

² La Lista de comprobación de síntomas pediátricos es usada por SMHS/DMH

³ La Herramienta de evaluación de necesidades es usada por el DMH

⁴ La Herramienta de evaluación juvenil es usada para los Servicios de salud mental de Medi-Cal, DHCS

⁵ La PFS es usada por la Red de Prevención y Cuidados Posteriores, DCFS

⁶ El Equipo de evaluación multidisciplinario incluye su herramienta de nivel de cuidado y la Herramienta de informe de recursos familiares, usada por el DMH para un niño que entra recientemente al sistema de tutela temporal

Sección dos: Datos demográficos y necesidades/preferencias del miembro C/Y

Datos demográficos del miembro C/Y y la familia	
Punto de contacto primario para servicios de ECM: <input type="checkbox"/> Miembro C/Y <input type="checkbox"/> Padre/tutor/cuidador <input type="checkbox"/> Otro (enumere):	Personas con las que está hablando para llenar esta evaluación (seleccione todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Miembro C/Y <input type="checkbox"/> Padre/tutor/cuidador <input type="checkbox"/> Otro (enumere):
Fecha de hoy:	Nombre del miembro C/Y:
Fecha de nacimiento:	ID de Atención administrada de Medi-Cal (Medi-Cal):
Nombre y/o pronombres preferidos del miembro C/Y:	Identificación de género del miembro C/Y:
Idioma hablado/escrito preferido (<i>¿En qué idioma se siente más cómodo para hablar y leer?</i>): Miembro C/Y: Padre/tutor/cuidador:	Necesita intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Idioma:
¿Tiene alguna creencia religiosa y/o espiritual que sea importante para la salud y bienestar de su familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder Si es sí, describa:	
Estado civil del miembro C/Y: <input type="checkbox"/> N/A <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	Estado civil del padre/tutor/cuidador: <input type="checkbox"/> N/A <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

Nombre del padre/tutor/cuidador: Información de contacto: <input type="checkbox"/> Biológico <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Tutela <input type="checkbox"/> Tutor/guardián <input type="checkbox"/> Guardián designado por la corte <input type="checkbox"/> Custodia legal conjunta <input type="checkbox"/> Custodia legal exclusiva <input type="checkbox"/> Custodia física conjunta <input type="checkbox"/> Custodia física exclusivamente <input type="checkbox"/> Joven/menor no acompañado <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Solicitante de asilo <input type="checkbox"/> Menor emancipado N/A		
Nacionalidad/tribu/etnia del miembro C/Y: Seleccione todos los que apliquen. <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Asiático estadounidense <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:		
Nivel educativo actual del miembro C/Y: <input type="checkbox"/> Escuela primaria <input type="checkbox"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> Escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de universidad <input type="checkbox"/> Universidad completa <input type="checkbox"/> Escuela técnica o capacitación <input type="checkbox"/> N/A Otro (enumere):		
Nivel educativo más alto del padre/tutor/cuidador: <input type="checkbox"/> Escuela primaria <input type="checkbox"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> Escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de universidad <input type="checkbox"/> Universidad completa <input type="checkbox"/> Escuela técnica o capacitación <input type="checkbox"/> Otro (enumere): <input type="checkbox"/> N/A		
¿Tiene el miembro C/Y un cuidador que le ayude? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si se proporcionó, enumere el nombre y la información de contacto: ¿Tiene el miembro C/Y un trabajador de servicios de apoyo en el hogar (IHSS)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, proporcione los nombres y la información de contacto del trabajador de servicios de apoyo en el hogar (IHSS): _____ ¿Necesita el miembro C/Y un cuidador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, explique: ¿Necesita el cuidador del miembro C/Y ayuda o capacitación adicional para proporcionar cuidado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder Si es sí, explique:		
¿Familiares adicionales u otros cuidadores que ayudan al miembro C/Y (por ejemplo, guardería, niñera, familiar, amigos, hermanos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder Enumere:		
¿Tiene el miembro C/Y un empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder Si es sí, enumere: Si es sí, <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajador diurno		

Necesidades y preferencias del miembro C/Y

¿Cuál es el problema o necesidad más importante del miembro C/Y ahora mismo en lo relacionado con salud, bienestar, situación de vivienda o algo más?

Información de contacto

Lugar preferido para recibir correo:	Teléfono(s) de casa:	Teléfono(s) celular(es):
Método de contacto preferido (seleccione todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje de texto	Direcciones de correo electrónico:	
Contacto para emergencias:		
Relación:		
Información de contacto:		

Sección tres: Conocimientos de salud

Las siguientes preguntas se usarán para evaluar cómo el miembro C/Y (o su padre/tutor/cuidador, si aplica) cree que está manejando sus condiciones médicas.

¿Necesita el miembro C/Y (o su padre/tutor/cuidador, si aplica) educación o recursos para ayudarle a entender las necesidades cuidado y tratamiento del miembro C/Y? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder
¿Expresa el miembro C/Y (o su padre/tutor/cuidador, si aplica) necesitar ayuda para responder preguntas durante una visita al médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder
¿Expresa el miembro C/Y (o su padre/tutor/cuidador, si aplica) necesitar ayuda para llenar formularios médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder

Sección cuatro: Salud física

Las siguientes preguntas se usarán para evaluar las necesidades y condiciones médicas actuales del miembro C/Y.

¿Le ha dicho un médico o proveedor médico al miembro C/Y (o su padre/tutor/cuidador, si aplica) que tiene alguna condición médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Asma/enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Espina bífida
<input type="checkbox"/> Labio/paladar leporino	<input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta)	<input type="checkbox"/> Trasplante de órgano (enumere):
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca congénita	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Condición genética (enumere):
<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> Otras condiciones (enumere):
<input type="checkbox"/> Prediabetes	<input type="checkbox"/> Discapacidad física/para/cuadrupléjico amputación	
¿Tiene el miembro C/Y problemas con la vista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, describa: _____ Usa anteojos/lentes de contacto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Necesita Usa TTY (apoyo visual): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Necesita Otro:		
Si el miembro C/Y tiene diabetes, ¿se ha hecho un examen de retina diabética el año pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Tiene el miembro C/Y problemas con la audición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, describa: Dispositivo(s) auditivo(s): <input type="checkbox"/> Sí (enumere): _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Necesita		
En general, diría el miembro C/Y (o su padre/tutor/cuidador, si aplica) que su salud física es: <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Rechazó responder Dé más información sobre por qué el miembro C/Y (o su padre/tutor/cuidador) eligió esta calificación:		
¿Ha estado el miembro C/Y en el hospital, la sala de emergencias o un centro de enfermería especializada en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder Si es sí, ¿cuántas veces y para qué? (enumere todas):		
¿Tiene el miembro C/Y un proveedor de cuidados médicos primario u hogar médico regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, llene la información siguiente:		
Nombre del proveedor de atención primaria:		

Número de contacto			
Dirección del consultorio:			
Propósito de la última visita			
Fecha de la última visita (si la conoce, o una fecha aproximada)			
¿Tiene el miembro C/Y un dentista primario u hogar dental regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si es sí, llene la información siguiente:			
Nombre del dentista:			
Número de contacto:			
Dirección del consultorio:			
Propósito de la última visita			
Fecha de la última visita (si la conoce, o una fecha aproximada)			
¿Tiene actualmente el miembro C/Y algún problema o necesidad de salud dental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder		
¿Recibe el miembro C/Y cuidado de algún proveedor/especialista adicional (marque todos los que apliquen):			
<input type="checkbox"/> Cardiología	<input type="checkbox"/> Neurología	<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional	
<input type="checkbox"/> Pediatría del desarrollo-conducta	<input type="checkbox"/> Oncología	<input type="checkbox"/> Terapia del habla	
<input type="checkbox"/> Endocrinología	<input type="checkbox"/> Ortopedia	<input type="checkbox"/> Terapia de alimentación	
<input type="checkbox"/> Genética	<input type="checkbox"/> Neumología	<input type="checkbox"/> Otro (enumere):	
<input type="checkbox"/> Hematología	<input type="checkbox"/> Relevo	Si aplica, documente el nombre/ información de contacto de cada proveedor/especialista adicional.	
<input type="checkbox"/> Inmunología/enfermedades infecciosas	<input type="checkbox"/> Fisioterapia		
Medicamentos			
Cuáles medicamentos está tomando actualmente el miembro C/Y:			
Nombre del medicamento	Cuántas veces (frecuencia)	Cómo se administra (vía)	Dosis
Adjunte una lista de medicamentos adicionales.			
¿Ha tenido el miembro C/Y (o su padre/tutor/cuidador, si aplica) dificultad para surtir los medicamentos del miembro en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si es sí, explique por qué:			
¿Hubo algunos días en la semana pasada en que el miembro C/Y no se tomó sus medicamentos según se los recetaron? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si es sí, describa qué lo impide:			
Manejo del dolor y síntomas			
¿Padece dolor actualmente el miembro C/Y? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder			
Si es sí, responda las preguntas a continuación.			
Durante la semana pasada, ¿en qué medida el dolor o la condición médica del miembro C/Y interfirió con sus actividades normales (incluyendo ir a la escuela, jugar con amigos o 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			

¿Tiene el miembro C/Y apoyos, servicios o rutinas para ayudarle a manejar su dolor y/o condiciones médicas (por ejemplo, proveedor de cuidado paliativo, meditación, terapias [enumere], medicamentos, familia/amigo)?
Escriba en el espacio a continuación si aplica.

Sí No Rechazó responder

Si es sí, anote a continuación cuáles apoyos, servicios o rutinas tiene actualmente el miembro C/Y:

Sección cinco: Embarazo/posparto

Llene solo si la miembro C/Y está en edad de procrear. Si es no, salte a la sección seis.

Preguntas no revisadas por la miembro de C/Y (la niña no ha llegado a la pubertad/primer periodo menstrual)

Preguntas no revisadas por la miembro de C/Y (otro motivo – indique el motivo: _____)

¿Está embarazada actualmente la miembro C/Y? Sí No Rechazó responder

Si es no o N/A, salte a las preguntas de posparto

Si es sí, ¿cuántas semanas de embarazo?

¿Se le ha divulgado el embarazo al padre/tutor/cuidador? Sí No N/A

¿Ha dado a luz la miembro C/Y en los últimos 12 meses? Sí No N/A Rechazó responder

Si es sí a embarazada actualmente, llene a continuación:

Fecha esperada del parto:	<input type="checkbox"/> No está segura <input type="checkbox"/> Rechazó responder
---------------------------	--

Primera cita de atención prenatal	Fecha y semanas: <input type="checkbox"/> No está segura <input type="checkbox"/> Rechazó responder
-----------------------------------	---

¿Tiene la miembro un obstetra o una partera?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder
--	--

¿Tiene la miembro una doula o planea tener una doula?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder
---	--

¿Sabe la miembro dónde planea dar a luz al bebé?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder
--	--

¿Planea amamantar la miembro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está segura <input type="checkbox"/> Rechazó responder
-------------------------------	--

¿Ha seleccionado la miembro un pediatra para el bebé?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder
---	--

Si es sí a que la miembro ha seleccionado un pediatra, llene la información siguiente:

Nombre del proveedor de atención primaria:	
--	--

Número de contacto:	
---------------------	--

Dirección del consultorio:	
----------------------------	--

¿Tiene la miembro C/Y los artículos esenciales que necesita para cuando llegue el bebé (por ejemplo, asiento para auto, fórmula, mantas, cuna, ropa, pañales, biberones)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder Si es no, enumere lo que necesite la miembro:
---	---

¿Planea ir la miembro C/Y a alguna clase de parto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder
--	--

¿Necesita la miembro C/Y educación/recursos sobre el embarazo, amamantamiento y salud infantil?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder Si es sí, enumere la educación/los recursos solicitados:
---	--

Si la miembro C/Y ha dado a luz en los últimos 12 meses, se deben llenar las siguientes preguntas. N/A

¿Está la miembro C/Y trabajando con una doula? Sí No Rechazó responder

Si es sí, llene la información siguiente:

Nombre de la doula:	
---------------------	--

Número de contacto:	
¿Ha tenido la miembro C/Y una cita de posparto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder	
Si es sí, llene la información siguiente:	
Nombre del proveedor:	
Número de contacto:	
Dirección del consultorio:	
Fecha de la última visita (si la conoce, o fecha de la cita):	
¿Necesita la miembro C/Y educación/recursos sobre el posembarazo y salud infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder	

Sección seis: Actividades de la vida diaria (ADL)

Las siguientes son preguntas con respecto a la capacidad del miembro C/Y de realizar actividades básicas de cuidado personal; solo llene las preguntas relacionadas con la edad del niño/joven; salte a otras preguntas.

¿Necesita ayuda el miembro C/Y con alguna de estas actividades?	
Si el miembro C/Y tiene de 0 a 5 años:	
Comer (según sea apropiado para el desarrollo o la edad – por ejemplo, masticar, engancharse al pezón) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder	Usar las manos (según sea apropiado para el desarrollo o la edad) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder
Coordinación/moverse (según sea apropiado para el desarrollo o la edad) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder	Ir al baño (según sea apropiado para el desarrollo o la edad – por ejemplo, entrenado para usar el inodoro, seco durante la noche) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder
Si el miembro C/Y es de edad escolar (6 a 18 años):	
Bañarse <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder	Acicalarse (por ejemplo, cepillarse los dientes y el cabello, lavarse las manos y la cara) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder
Vestirse <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder	Comer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder
Ir al inodoro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder	Movilidad (por ejemplo, caminar, subir escaleras) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder
Si el miembro C/Y tiene más de 18 años:	
Tomar un baño o una ducha <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder	Subir escaleras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder
Comer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder	Vestirse <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder
Cepillarse los dientes, cepillarse el cabello, afeitarse <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder	Preparar comidas o cocinar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder
Levantarse de una cama o silla <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder	Comprar y conseguir alimentos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder
Usar el inodoro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder	Caminar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder
Lavar platos o ropa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder	Hacer cheques o llevar la cuenta del dinero <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder
Conseguir transporte para ir al médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder	Hacer trabajos en la casa o el patio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder
Salir a visitar a familiares o amigos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder	Usar el teléfono <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder
Estar al tanto de las citas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder	

¿Se ha caído el miembro en el último mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Teme caerse el miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Expresan los amigos o familiares del miembro preocupaciones sobre su capacidad para atenderse? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>Si es sí a alguno de los ADL anteriores, ¿está el miembro C/Y recibiendo toda la ayuda que necesita con estas actividades?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Comentarios:</p>
¿Usa o necesita el miembro C/Y alguno de los siguientes? (Seleccione todos los que apliquen):
<p><input type="checkbox"/> Dispositivos para ayudar con la movilidad/traslados (por ejemplo, silla de ruedas, elevadores/asientos, barra de agarre) (enumere):</p> <p><input type="checkbox"/> Dispositivos para ayudar con la alimentación/nutrición (por ejemplo, sonda de alimentación, fórmula especial, suplementos alimentarios) (enumere):</p> <p><input type="checkbox"/> Dispositivos para ayudar con la continencia (por ejemplo, catéteres, pañales, suministros para ostomía) (enumere):</p> <p><input type="checkbox"/> Dispositivos para ayudar con las vías respiratorias/respiración (por ejemplo, oxígeno, ventilador, suministros para traqueotomía)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (enumere):</p> <p>¿Necesita el miembro C/Y (o su padre/tutor/cuidador, si aplica) ayuda para entender cómo usar equipo médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Comentarios:</p>

Sección siete: Salud psicosocial, mental y conductual

Las siguientes preguntas se usarán para evaluar las necesidades y condiciones psicosociales, mentales y conductuales actuales del miembro C/Y.

<p>¿Le ha dicho alguna vez un proveedor de cuidado médico o salud mental al miembro C/Y (o su padre/tutor/cuidador, si aplica) que este tiene un diagnóstico de salud mental, o problema emocional o conductual?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder <input type="checkbox"/> N/A debido a la edad del niño</p> <p><i>Si es no, salte a interacciones sociales.</i></p>	
<p>Si es sí, ¿que diagnóstico le han dado al miembro C/Y? <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno psicótico <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (enumere):</p> <p>Comentarios, incluyendo cómo esto afecta actualmente la capacidad del miembro C/Y para manejar las actividades diarias:</p>	
<p>¿Tiene actualmente el miembro C/Y un proveedor que lo esté tratando para este diagnóstico?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Si es sí, llene la información a continuación:</p>	
Nombre del proveedor:	
Número de contacto:	

Dirección del consultorio:	
Fecha de la última visita (si la conoce, o una fecha aproximada):	
Interacciones sociales	
¿Con qué frecuencia el miembro C/Y 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) <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"/> N/A debido a la edad del niño/joven <input type="checkbox"/> Rechazó responder	
Durante el mes pasado (30 días), ¿cuántos días el miembro C/Y se ha sentido solo? (Marque una respuesta). <input type="checkbox"/> Ninguno—Nunca me siento solo <input type="checkbox"/> Menos de 5 días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días (más de 15) <input type="checkbox"/> La mayoría de los días—Siempre me siento solo <input type="checkbox"/> N/A debido a la edad del niño/joven <input type="checkbox"/> Rechazó responder	
(Si el padre/tutor/cuidador está respondiendo) ¿Le interesan programas de crianza acerca del desarrollo de su niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder	
Preguntas de evaluación de la salud mental/conductual	
Para todos los miembros C/Y:	
¿Tiene el miembro C/Y (o su padre/tutor/cuidador, si aplica) alguna preocupación sobre su conducta o estado de ánimo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder Describa las preocupaciones aquí: ¿Quisiera el miembro C/Y (o su padre/tutor/cuidador, si aplica) más información y/o recibir apoyo adicional con respecto a su salud mental/conductual? Si es sí, indique los apoyos solicitados:	
Para miembros C/Y de 11 años en adelante	
Depresión – Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) – Para jóvenes de 11 años en adelante	
<ul style="list-style-type: none"> • Si se ha llenado un PHQ-9 reciente (dentro del mes pasado) por parte de otro proveedor y está en el cuadro, ingrese la puntuación aquí: _____ y la fecha: _____ • Si no hay PHQ-9 en el cuadro, llene el PHQ-2+Q.9 a continuación • Siga las guías de puntuación a continuación. <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó llenarlo (y motivo, si se proporcionó):	
PHQ-2 plus Pregunta 9	
Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguna de las siguientes situaciones?	
1. ¿Ha experimentado una reducción en el interés o el placer de hacer las 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	
2. ¿Se ha sentido, 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	
3. (Q.9) Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse de alguna manera <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	
Puntuación: Para nada = 0, Varios días = 1, Más de la mitad de los días = 2, Casi todos los días = 3. <ul style="list-style-type: none"> • Para PHQ-2+Q.9: Puntuación de 2 o mayor Y/O marca SÍ en Q.9 — Individuo llena el PHQ-9 (se recomienda autoadministrar). PHQ-9 imprimible en múltiples idiomas: https://phqscreeners.com/ • Si la puntuación del PHQ-9 es >10 consulte con el consultor y supervisor clínico. Si >15 o positivo para Q.9 solicite consulta inmediata. 	
Si la puntuación indica que hay factores de riesgo, documente las acciones tomadas (consulta, referencia para evaluación de la salud mental):	

Sección ocho: Abuso de sustancias

Las siguientes preguntas son sobre la experiencia del miembro C/Y con alcohol, productos de nicotina, marihuana y otras sustancias. Algunas de las sustancias discutidas aquí son recetadas por un médico, pero esta parte de la evaluación solo se estará enfocando en si el miembro C/Y la ha tomado por motivos distintos a los recetados o en dosis distintas a las recetadas.

Rechazó llenarlo N/A — el miembro C/Y es demasiado joven para llenar la evaluación.

En los últimos 6 meses, con qué frecuencia el miembro C/Y ha tomado lo siguiente:

Sustancia	Nunca	1 a 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente	Fecha del último uso	¿El uso de esta sustancia es actualmente un problema para el miembro?
Alcohol	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Productos de nicotina (cigarrillos, vapeo, tabaco para mascar)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Usar medicamentos recetados no como los recetaron (encierre en círculo cualquiera relevante): <ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos • Medicamentos para Trastorno de atención e hiperactividad • Pastillas para dormir • Otro: 	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Marihuana	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Otras sustancias: Por ejemplo, cocaína, metanfetaminas, heroína, alucinógenos, inhalantes, drogas de diseño. Especifique:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Ha expresado alguna vez el miembro C/Y deseos de querer reducir su hábito de bebida o uso de drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder Si es sí, el miembro debe llenar la pregunta siguiente.							
¿Quisiera hablar el miembro C/Y con alguien sobre su uso de sustancias, especialmente si el miembro está pensando en dejarlo o reducirlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A							
Comentarios:							

Sección nueve: Funcionamiento del desarrollo y cognitivo

Las siguientes preguntas se usarán para evaluar las necesidades y condiciones de salud del desarrollo y cognitivas actuales del miembro C/Y. Solo responda preguntas relevantes para la edad del miembro C/Y.

¿Le ha dicho alguna vez al miembro C/Y (o su padre/tutor/cuidador, si aplica) un proveedor de cuidados médicos, proveedor de salud mental o profesional educativo que este tiene un retraso en el desarrollo, una discapacidad o una lesión cerebral que afectó su funcionamiento cognitivo/intelectual o un trastorno del neurodesarrollo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder Si es no, salte a las preguntas específicas para la edad

<p>Si es sí, ¿que diagnóstico le han dado al miembro C/Y?</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno de atención e hiperactividad <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (enumere):</p> <p>Comentarios, incluyendo cómo esto afecta actualmente la capacidad actual del miembro C/Y para manejar las actividades diarias:</p>	
<p>¿Tiene actualmente el miembro C/Y un proveedor que lo vea para las condiciones descritas arriba?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Si es sí, llene la información a continuación.</p>	
<p>¿Ha tenido la miembro C/Y una cita de posparto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Si es sí, llene la información siguiente:</p>	
Nombre del proveedor:	
Número de contacto:	
Dirección del consultorio:	
Fecha de la última visita (si la conoce, o fecha de la cita):	
<p>Si el miembro C/Y tiene de 0 a 5 años</p>	
<p>¿Está inscrito el miembro en algún programa de aprendizaje temprano o en servicios de intervención temprana?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Si es sí, enumere:</p>	
<p>¿Tiene el padre/tutor/cuidador del miembro alguna preocupación acerca del aprendizaje de su niño?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Describe:</p>	
<p>¿Quisiera el padre/tutor/cuidador más información y ver a alguien acerca de sus preocupaciones?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Si el miembro C/Y está en edad escolar (6 a 18)</p>	
<p>¿Recibe actualmente el miembro algún tratamiento, apoyo o servicio relacionado con esto que no se identifique en otra parte de este formulario (por ejemplo, IEP o Plan 504)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí Enumere el tratamiento/los apoyos/los servicios recibidos:</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p>	
<p>¿Tiene el miembro (o su padre/tutor/cuidador, si aplica) preocupaciones acerca del aprendizaje del miembro C/Y?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p> <p>Describe:</p>	
<p>¿Quisiera el miembro C/Y (o su padre/tutor/cuidador, si aplica) más información y ver a alguien acerca de sus preocupaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p>	
<p>Oportunidades y concesiones educativas:</p> <p>Si el miembro C/Y está en tutela temporal: <input type="checkbox"/> Cal Grant B para jóvenes en tutela temporal</p> <p><input type="checkbox"/> Programa Chafee Foster Youth Grant <input type="checkbox"/> Otro (enumere):</p>	
<p>Si el miembro C/Y tiene 18 años en adelante</p>	
<p>¿Ha tenido el miembro algún cambio en su manera de pensar, recordar o tomar decisiones?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p>	
<p>El mes pasado, ¿el miembro 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 <input type="checkbox"/> Rechazó responder</p>	

Sección 10: Determinantes sociales de la salud (SDOH)

Las siguientes preguntas se usarán para evaluar las condiciones sociales y las necesidades sociales relacionadas con la salud actuales del miembro C/Y.

Vivienda

¿Dónde vive el miembro C/Y? (marque todos los que apliquen)

- Casa Complejo de apartamentos Centro de hospedaje y cuidado Centro de tratamiento residencial
 Hogar grupal Centro de enfermería especializada Vivienda con apoyo permanente Vivienda de protección
 Vivienda compartida (por ejemplo, de casa en casa de amigos si perdió la vivienda) Motel/hotel
 Parque de casas móviles Área para acampar Refugio de emergencia o transición
 Hospitalizado sin plan de alta segura Sin vivienda Otro:
 Rechazó responder

¿Se siente el miembro C/Y física y emocionalmente seguro en el lugar donde vive actualmente?

- Sí No Rechazó responder

¿Está el miembro C/Y (y/o su padre/tutor/cuidador) preocupado por perder su vivienda?

- Sí No Rechazó responder

Si es sí, explique:

¿Alguien está ayudando actualmente al miembro (o su padre/tutor/cuidador, si aplica) con su apoyo de vivienda (por ejemplo, navegador de vivienda, administración de casos o derechos de los inquilinos)? Sí No N/A

El miembro C/Y vive con: Padre biológico Padre adoptivo Padre de acogida Tutor/guardián
 Cuidador El miembro C/Y vive solo

Si se comparte el tiempo entre espacios de vivienda, explique:

¿Cuántas personas viven en el hogar del miembro C/Y (incluya edades y relación con el miembro C/Y)?

Destaque cualquier otra preocupación de vivienda que no se haya identificado arriba:

Seguridad ambiental

¿Tiene el miembro C/Y y/o el padre/tutor/cuidador preocupaciones acerca de la comunidad en que viven? Sí No

Rechazó responder Comentarios:

¿Tiene el miembro C/Y miedo de alguien o alguien lo está lastimando? Sí No Rechazó responder

Si es sí, explique:

¿Está alguien usando el dinero del miembro C/Y sin su permiso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder Si es sí, explique:		
Exposición del miembro C/Y a sustancias en la casa: <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Narcóticos <input type="checkbox"/> Fumar/vapeo/uso de tabaco <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Otras toxinas (describa): <input type="checkbox"/> Rechazó responder Comentarios:		
Armas de fuego/armas en la casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder Si es sí, ¿cómo están guardadas?:		
¿Puede el miembro C/Y 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, describa:		
El lugar donde vive el miembro C/Y 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 bajo techo: <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	Pintura con plomo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hongos/moho/humedad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hacinamiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Servicios públicos no confiables <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ratones, cucarachas u otras plagas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Preocupaciones adicionales sobre la seguridad de la vivienda y/o el entorno de la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó responder Si es sí, explique:	

Sección 11: Beneficios, otros servicios y acceso a elementos esenciales.

Las siguientes preguntas se usarán para ayudar a entender cualquier necesidad adicional para acceder a servicios y apoyos que pueda tener el miembro C/Y.

Financiamiento/fuente de beneficios/servicios que el miembro C/Y o el padre/tutor/cuidador (si aplica) usa:

- Beneficios de CalFresh (SNAP) Receptor de TANF Comidas escolares
 WIC (enumere el sitio): _____
 Receptor de SSI/SSDI Enumere cualquier necesidad:

¿El miembro C/Y (o su padre/tutor/cuidador, si aplica) se queda sin dinero algunas veces para pagar por alguno de los siguientes elementos esenciales: alimentos, renta, servicios públicos básicos, teléfono e internet, ropa, cuidado de niños, medicamentos u otro?

- Sí No Rechazó responder

Barreras para el transporte: Sí No Rechazó responder

Si es sí, enumere:

Barreras para el cuidado de niños: Sí No Rechazó responder

Si es sí, enumere:

Sección 12: Participación legal

Las siguientes preguntas se usarán para ayudar a entender cualquier participación legal/judicial del miembro C/Y.

En los últimos 12 meses, ¿ha estado involucrado el miembro C/Y 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 Otro (enumere):

Comentarios, (incluyendo cualquier necesidad/recurso legal adicional):

¿Tiene el miembro C/Y un proveedor de apoyo de reingreso y/o un oficial de libertad condicional/bajo palabra?

- Sí No Rechazó responder

Si es sí, llene la información a continuación:

Nombre del proveedor:

Número de contacto:

Dirección del consultorio:

Fecha de la última visita, si la conoce o una fecha aproximada:

Sección 13: Planificación para el final de la vida

Estas preguntas conciernen al miembro C/Y si tiene 18 años en adelante.

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

Sí No Rechazó responder

¿Quiere información sobre estos temas? Sí No Rechazó responder

Resumen del relato

Incluya necesidades primarias identificadas de la evaluación:

Próximos pasos	Persona responsable
1.	
2.	
3.	
Próxima cita/lugar:	